



UNIVERSITY OF OSLO

FACULTY OF SOCIAL SCIENCES

Centre for technology, innovation and culture

P.O. BOX 1108 Blindern, N-0317 OSLO

TIK

<http://tik.uio.no>

FRA KIMÆRE TIL LEVIATAN

SUBSTITUSJONSBEHANDLING I NORSK NARKOTIKAPOLITIKK

Fredrik Gierløff

Masteroppgave ved Senter for Teknologi, Innovasjon og Kultur

31. mai 2010

Antall ord: 38 512

Forord

En stor takk går til alle de som på forskjellige måter har bidratt til å gjøre arbeidet med denne oppgaven lettere for meg.

Først, en takk til min veileder Svanaug Fjær – ikke minst for at det var hennes forskning (Fjær 2005) som la grunnlaget for at jeg valgte å skrive en oppgave om norsk narkotikapolitikk.

Caroline Rohde Wangs støtte har vært en nødvendig motivasjon i arbeidet. Ditt (altfor) langvarige utenlandsopphold gjorde det lettere å fullføre oppgaven ved siden av jobb. Nå er du velkommen tilbake igjen.

Takk til Tonje Karenina Pettersen for alle kommentarer, tilbakemeldinger og kritiske innvendinger. Takk til stipendiat Anders Ravik Jupskås for det samme.

Min gode kollega Kristin Holm Jensen fortjener en stor takk for spennende, interessante og tidvis opphetede diskusjoner om narkotikapolitikk gjennom flere år.

Feil, unøyaktigheter og dårlig begrunnede resonnementer hadde det vært langt flere av om ikke det var for personene nevnt over. De som gjenstår er det undertegnede som i det fulle og hele tar ansvar for.

Jeg har i perioden jeg har skrevet denne oppgaven vært ansatt i Høyres Stortingsgruppe. Oppgaven er skrevet uavhengig av dette. Jeg har ikke jobbet med narkotikapolitikk i den stillingen.

Fredrik Gierløff

Oslo, 30.5.2010

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
1.1.1 En narkotikapolitisk kimære	7
1.1.2 Fra supplement til dominans	7
1.2 Oppgavens relevans	10
1.2.1 Forskningstilnærming	10
1.2.2 Behov for forskning om narkotikapolitikken	11
1.3 Oppgavens oppbygning	12
2. Politisk analyse i en historisk kontekst.....	14
2.1 Den nye institusjonalismen.....	14
2.2 Historisk institusjonalisme	16
2.2.1 Stiavhengighet	18
2.2.2 Tilbakeføringsmekanismer	18
2.2.3 Kritiske faser.....	20
2.3 Forståelsen av politisk endring	21
2.4 Metode	24
2.4.1 Avgrensning.....	26
2.4.2 Datamateriale	28
3. Perspektiver på narkotikapolitikken.....	32
3.1 Narkotikapolitiske regimer.....	32
3.1.1 Kontroll og behandling – konflikt?.....	32
3.1.2 Skadereduksjon – strategi og ideologi	34
3.1.3 Middelvei, supplement eller noe eget?.....	37
3.2 Metadon og behandlingen av narkotikabrukeren	40
3.2.1 Bakgrunn.....	40
3.2.2 ”Metadon virker”	41
3.2.3 Metadon og rehabilitering	42

3.2.4	Avhengighetsforståelse	43
3.2.5	Kontroversiell behandling.....	44
4.	Den nasjonale konteksten	46
4.1	Narkotikapolitikkens fremvekst og desintegrasjon	46
4.1.1	Den utformende fasen (St.meld. nr. 66 (1975-76)).....	46
4.1.2	Kontrollpolitikken dominans (St.meld. nr. 13 (1985-86)).....	49
4.1.3	Usikkerhet og utvanning (St.meld. nr. 16 (1996-97))	51
4.1.4	Medikalisering og skaderedusering	52
4.2	Narkotikasituasjonen	54
4.3	Metadonets vei inn i norsk narkotikapolitikk	55
4.3.1	Historisk erfaring	56
4.3.2	”Den store tausheten”	57
4.3.3	AIDS-epidemien bringer metadon tilbake	58
4.3.4	HIV-Met kommer på plass.....	59
4.3.5	Et forsøksprosjekt tar form	61
4.3.6	Norge innfører metadonbehandling	63
4.3.7	Forsøk eller forløper?.....	64
4.4	Kritiske utviklingstrekk	67
4.4.1	Økende problemer.....	67
4.4.2	Nye problemer og nyhetsproblemer.....	69
4.4.3	Krisehåndtering.....	71
4.4.4	Metadonbehandling som kompromiss	73
4.5	Endringer i substitusjonsbehandlingen	75
4.5.1	Programmet størrelse	75
4.5.2	Inntakskriterier.....	76
4.5.3	Eksklusjon.....	78
4.5.4	LAR for hvem?	79
4.5.5	Varianter av bruk av legemidler.....	80
4.5.6	Rehabilitering.....	81

4.6	Fra rehabilitering til skadereduksjon?	83
4.6.1	Metadon fungerer.....	83
4.6.2	Rehabiliteringsmålsetningen beholdes.....	84
4.6.3	Skadereduksjon det viktigste	85
4.6.4	”Nå må politikerne gjøre noe...”	86
5.	Brudd og kontinuitet	91
5.1	Kunnskapens rolle	91
5.1.1	Medisinerne kommer	92
5.1.2	Kunnskap blir viktig	93
5.1.3	Medisinsk kunnskap og forståelse	95
5.2	Tilbakeføringsmekanismer i metadonpolitikken	99
5.2.2	Narkotikabrukere – fra klient til pasient	102
5.2.3	Læringsmekanismer på myndighetsnivå.....	104
5.3	Paradigmeskifte?	107
5.3.1	Det norske paradigmet	108
5.3.2	MiO og MAR - intet paradigmeskifte.....	109
5.3.3	To syn på debatten om MiO og MAR.....	112
5.3.4	Skadereduksjon som supplement	113
5.3.5	LAR bryter med paradigmet	116
5.3.5	Et medikalisert paradigme?.....	119
5.3.6	Behov for kritikk.....	120
6.	Avslutning	123
6.1	Fra kimære til leviatan	123
6.2	Paradigmeskifte på vei?.....	125
6.3	Narkotikapolitikk på agendaen	125
7.	Litteraturliste.....	127

1. Innledning

Narkotikaproblemene i Norge er omfattende, og sentralt på agendaen når temaet diskuteres er heroinbrukerne og deres tilstand. Den kanskje største endringen som er skjedd i norske myndigheters politikk på dette området overgangen til et behandlingsapparat dominert av medikamentell behandling, helsefaglig kompetanse og pasientrettigheter for narkotikabrukerne.

1.1 Bakgrunn

Norsk narkotikapolitikk har vært bygget på et sterkt og enhetlig paradigme. Det var basert på at alle former narkotika skulle bekjempes gjennom en bred samfunnsinnsats. Rusfrihet var det eneste legitime målet for behandling av narkotikabrukere. *Et narkotikafritt samfunn* var målet for narkotikapolitikken. Behandlings- og kontrollperspektiver stod sentralt. De gikk, om ikke hånd i hånd, så i samme retning.

Narkotika ble sett på som et symptom på sosiale problemer, og det var disse som skulle være i behandlingens fokus. Norsk narkotikapolitikk tok avstand fra en sykdomsforståelse av avhengighetsfenomenet (Blindheim og Welle-Strand 2010: 1; se Fjær 2004).

Substitusjonsbehandling med metadon ble kategorisk avvist. Det representerte, ble det hevdet, resignasjon, både overfor narkotikabrukerens rehabiliteringspotensial og samfunnets kamp mot narkotikatrusselen. Metadonbehandling, basert på et medisinsk syn på avhengighet, og med en medikamentell tilnærming til behandling, brøt med idégrunnlag i det norske narkotikapolitiske paradigmet.

HIV/AIDS-epidemien intervenerte fra midten av 80-tallet, og brøt harmonien. Fra 90-tallet ble medias oppmerksomhet rettet mot økende dødelighet, sykелighet og elendighet blant narkotikabrukeren. I løpet av de siste tyve årene vi har tall for, har 3 626 mennesker dødd som

følge av narkotika.¹ Det anslås nå at Norge har mellom 8 600 og 12 600 injiserende narkotikabrukere (Amundsen og Bretteville-Jensen 2010).²

1.1.1 En narkotikapolitisk kimære

Utviklingen ble etter hvert uholdbar. Etter en lang prosess og et treårig forsøksprosjekt, ble metadonbehandling gjort til et permanent og landsdekkende tiltak i forbindelse med St.meld. nr. 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*. Innføringen av metadonbehandling ble beskrevet som ”en av de viktigste revurderingene som har funnet sted i norsk narkotikapolitikk de senere år” (Skretting 1997a: 134).

Når motstanden mot metadonbehandling til slutt ga etter, var det gjennom et tiltak som ikke kan beskrives som annet enn et kompromiss mellom tilhengere og motstandere. Det var et lite tiltak, forbeholdt de eldste og mest sykelige brukerne. Det fikk navnet MAR, Metadonassistert Rehabilitering. Det skulle understreke at medikamentet bare var et av flere tiltak i et helhetlig behandlingsopplegg. MAR var et supplement til det abstinensorienterte behandlingsapparatet. I målene for MAR var skadereduksjon viktig: redusert dødelighet og sykelighet, bedre kontakt med helsevesen og livskvalitet. Man fant også målsetninger som hang med fra det rådende paradigmet: Rehabilitering var, som navnet indikerte, hovedmålet. Rusfrihet var en forutsetning, og frihet fra metadon var et mål på sikt (Rundskriv I-25/98).

Det er dette metadonprogrammet jeg kaller en kimære. Det bestod av ideer og komponenter hentet fra klart forskjellige idé- og kunnskapsgrunnlag. Det var et kompromiss mellom sprikende posisjoner i narkotikapolitikken.

1.1.2 Fra supplement til dominans

Å innføre metadonbehandling i Norge hadde to dimensjoner ved seg: Det ene var at man innførte et politisk redskap for å løse noen konkrete utfordringer. Det andre var at man institusjonaliserte en system basert på en idé som var på hell med det rådende paradigmet på

¹ Narkotikarelaterte dødsfall, tall fra KRIPOS, via <http://statistikk.sirus.no>

² Tall fra 2007, ref. Amundsen og Bretteville-Jensen 2010.

narkotikafeltet. Metadonbehandling i Norge ble innført som det første, uten å ta innover seg det siste.

Som Campbell (2002: 31) skriver: ... *institutionalized ideas help us understand the prolonged stability or path-dependent nature of public policy.*” Innføringen av metadonbehandling i Norge etablerte nye institusjoner og et nytt system som inneholdt et bilde av narkotikabruk og –brukeren som brøt med den ideologien som hadde dominert i både behandlings- og kontrollapparatet. Det endret forholdet mellom narkotikabrukere og myndighetene. Programmet slo fast at narkotikabrukere var pasienter med krav på helsetjenester – en utvikling som kulminerte med at narkotikabrukere med Rusreformen fikk pasientrettigheter fra 2004. Substitusjonsbehandling utviklet seg fra å være et narkotikapolitisk instrument for myndighetene, til å bli en helsepolitisk rettighet for narkotikabrukerne.

Da Stortinget vedtok å gjøre metadonbehandling til et landsdekkende tilbud fra 1.1.1998 så man for seg at 250-300 var aktuelle for tilbudet.³ Ved utgangen av 2008, ti år senere, var det 4 913 pasienter som mottok substitusjonsbehandling gjennom LAR, legemiddelassistert rehabilitering.⁴ 386 ventet på å komme inn, og 520 hadde på et eller annet tidspunkt vært innom programmet tidligere.

Det er ikke bare en kvantitativ økning i pasientmengden, det er en kvalitativ endring. Når LAR etter den siste forskriftsendringen opererer uten aldersgrense, er det snakk om et fundamentalt annet program enn det man innførte med MAR fra 1998 (Rundskriv I-25/98). Fra å være tiltenkt en liten gruppe av de eldste og mest utslitte heroinbrukerne i Norge, operer fagmiljøene i dag med anslag om at rundt 75 pst. av målgruppen bør inn i LAR. (Waal m.fl. 2009: 6). Kravene om rehabilitering er ikke blitt innfridd for flertallet av brukerne. Innholdet i rehabiliteringsbegrepet er endret, gjennom å redusere forventningene til hva som kan oppnås (Vindedal m.fl. 2004).

³ Stortingsmeldingen (St.meld. nr. 16 (1996-97) operer med tallet 200-250, men høyere tall fremkom i stortingsdebattene.

⁴ MAR byttet navn til LAR i forbindelse med at andre substitusjonspreparater kom inn i systemet, først og fremst Subutex (buprenorfin) fra 1999.

I 2003 skrev Martin Blindheim at ”*Utfordringen nå er å hindre at substitusjon utvikler seg til et svart hull som i kraft av sin egen tyngde suger til seg og utsletter alt rundt seg.*”

(Blindheim 2003: 63). Siden det har LAR fortsatt å vokse. Fortsatt har det ikke nådd målet om full dekning, på rundt 7 000 personer (Blindheim og Guslund 2005).⁵

”*Rusfeltet pregets nå av substitusjonsbehandling og skadereduksjon på bekostning av rehabilitering og rusfrihet som mål,*” konstaterte Solliia-kollektivets Øyvind og Reidun Hansen (2010) på et seminar tidligere i år. På samme seminar sa LAR-pasient og daglig leder i Rehabpiloten AS, Lise Aasmundstad (2010) at ”*Vi har gått til altfor mye LAR, men uten rehabilitering. Det er bare medikamentene. [...] Det er poliklinisk behandling uten den sosiofaglige oppfølgingen.*”

Å påpeke denne endringen er ikke ment som kritikk. Dette er en bevegelse som gjør at det nå harmonerer mye bedre med substitusjonsbehandling slik det foregår i andre land, og slik forskningslitteraturen antyder er hensiktsmessig (Waal m.fl. 2009). Like fullt, det bryter fundamentalt med det paradigmet som rådet når metadon først ble innført.

Fra å være en kimærisk konstruksjon, har LAR blitt en leviatan på det norske behandlingsfeltet.

⁵ Tallet 7 000 gjentas i Waal m.fl. (2009: 6), og har holdt seg derfor fordi det ikke har vært noen merkbar økning i målgruppen siden 2003 (Amundsen og Bretteville-Jensen 2010).

1.2 Oppgavens relevans

1.2.1 Forskningstilnærming

I denne oppgaven har jeg som hovedmål å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan gikk metadonbehandling fra å være omstridt og kontroversielt til å bli det dominerende behandlingstiltaket i norsk rusomsorg?

Dette spørsmålet har to elementer ved seg: Det første handler om det bruddet i kontinuiteten det innebar å åpne for metadonbehandling. Det andre handler om hvordan metadonprogrammet videreutviklet seg etter det ble etablert.

Dette er to relativt distinkte spørsmål, der det første handler om endring i politikk, mens det andre spørsmålet dreier seg om kontinuitet. Det de har felles er at de begge krever både at man studerer selve den politiske prosessen og de involverte aktørene, samt at det bør være et blikk rettet mot lengre historiske linjer, kognitive paradigmer og institusjonelle forhold.

Det må legges til at selv om endring fremstår som det essensielle i det første forskningsspørsmålet, så kom metadonbehandling til Norge så sent at nettopp fraværet av endring og vedvarende motstand er et viktig aspekt ved denne historien. Å forstå motstanden mot metadonbehandling er essensielt for å forstå hvordan metadonprogrammet ble utformet.

En viktig innsikt i denne studien er at å studere prosessen med å etablere metadonprogrammet ikke gir tilstrekkelig kunnskap for å forstå hvordan det LAR-programmet vi har i dag er kommet på plass. Måten programmet har vokst og vokst, tilsynelatende uten at det har vært noe bevisst politisk syn på hvor stort programmet skulle bli, er en av de viktigste temaene i oppgaven.

Dette viser begrensningene i å studere politiske endringer ved å kun se på beslutninger og prosesser frem mot disse. I dette kasuset stod det politiske slaget primært om å innføre et svært begrenset forsøksprosjekt og senere om et tiltenkt lite program for metadonbehandling. De store endringene skjedde derimot etter at konflikten hadde munnet i en beslutning, etter hvert som programmet ekspanderte og endret seg.

Man har bygget opp en praksis for substitusjonsbehandling som avviker fra det historisk rådende paradigmet i norsk narkotikapolitikk. En hypotese som bør utforskes er i hvilken grad det indikerer, eller har medvirket til, et paradigmeskifte på området. Temaet drøftes i *kapittel fem*, men det understrekes at det er behov for å undersøke dette nærmere.

Temaet for oppgaven er en lang og komplisert prosess. Det utfordrer forskningsopplegget. Særlig fem forhold er fremhevet: lange tidsperioder; mangfold av aktører; forskjellige prosesser på ulike nivåer; (faglige) debatter om problemets art, omfang, årsaker og mulig løsninger; og, at konflikter ofte involverer sterke interesser, både økonomiske og ideologiske (Sabatier 2007: 4-5). Det er vanskelig å finne en metodikk og teoretisk tilnærming som tar høyde for alt dette. I oppgaven har jeg valgt å basere meg på en tilnærming til forskningsspørsmålet forankret i historisk institusjonalisme. Dette har implikasjoner for metodevalget mitt. Valget begrunnes nærmere i *kapittel to*.

1.2.2 Behov for forskning om narkotikapolitikken

I siste nummer av Nytt Norsk Tidsskrift (1-2/2010) etterlyser Svanaug Fjær mer samfunnsforskning om narkotikapolitikken, og skriver:

Hvorfor har ikke narkotikapolitikken blitt et forskbart spørsmål for samfunnsforskningen på rusfeltet? Det har alt en kan ønske seg av forskningsutfordringer. Narkotikaproblemet blir til i et samspill mellom sterke sektorinteresser, nye og gamle profesjoner, ideelle organisasjoner, media og politikk. Det er gjennomtrengt av verdimeslige vurderinger og ideelle målsetninger, kulturelle normer og verdier, kombinert med sterke faglige ambisjoner om å bidra til løsningen av et utfordrende problem. (Fjær 2010: 153)

Hun treffer en nerve. I arbeidet med denne oppgaven var det påfallende ofte navn som gikk igjen i litteraturen. Ofte var de ansatte hos Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS.⁶

⁶ Dette er et poeng i Fjær (2010), som hun begrunner, men her referer jeg for egen del til et inntrykk jeg har hatt i arbeidet – som nok også reflekteres i litteraturlisten.

Narkotikaproblemene i Norge er fortsatt omfattende. I skrivende stund arbeider det regjeringsoppnevnte Stoltenberg-utvalget med mandat om å se på hvordan de verst stilte narkotikabrukerne skal få bedre hjelp. Det er viktig med forskning på hvilke effekter vi kan forvente av ulike tiltak, når politikken skal utformes. Jeg vil med denne oppgaven forsøke å vise at om man skal hjelpe narkotikabrukerne på den måten man virkelig ønsker, kreves det kunnskap om hvordan politiske programmer oppstår og utvikler seg over tid.

Det er skrevet mye om metadonbehandling og dets effekter i Norge. Noen systematisk gjennomgang av dets historie og utvidelse med en teoretisk tilnærming har vært vanskeligere å finne.⁷ På et seminar i våres, 23. april 2010, holdt Martin Blindheim et foredrag om da metadon kom til Norge. Han avsluttet foredraget med denne appellen: ”*Flere må delta i debatten om historien, om vi skal lære noe av den.*” (Blindheim 2010)

Mitt håp er at denne oppgaven kan fungere som ett slikt bidrag.

1.3 Oppgavens oppbygning

I *kapittel to* vil jeg presentere det teoretiske rammeverket og min metodiske tilnærming til det empiriske materialet. I *kapittel tre* vil jeg sette oppgaven i en mer overordnet kontekst, ved å se på ideologiske aspekter ved narkotikapolitikken og gi en presentasjon av ulike regimer for narkotikakontroll⁸. Det gis en innføring i metadonbehandlingens historie, funksjon og verdigrunnlag. I *kapittel fire* beveger jeg meg over til den norske konteksten, og det gis en grundig historisk gjennomgang av norsk narkotikapolitikk, og en separat gjennomgang av metadonbehandlingens historie i Norge, frem til etableringen av et permanent, landsdekkende tilbud fra 1.1.1998. Jeg gjennomgår narkotikasituasjonen i Norge, samt noen kritiske utviklingstrekk som meldte seg fra slutten av 80-tallet. Oppgaven går deretter gjennom de endringene som er skjedd i substitusjonsbehandlingen i Norge, og vektlegger årsaker og kilder til disse endringene. I *kapittel fem* analyseres utviklingen nærmere. Først gjøres en drøfting av den rollen medisinske perspektiver og kunnskap etter hvert fikk i et narkotikafelt dominert av

⁷ Blindheim og Welle-Strand (2010) forsøker på dette, men i en mindre og ikke forskningsrelatert form.

⁸ Jeg bruker ordet her kontroll, ettersom legalisering ikke drøftes. Norges politikk på området er først og fremst basert på en diskusjon om hvordan narkotikabruk og –omsetning best kan kontrolleres, ikke om det skal det.

sosialfaglige perspektiver. Deretter knyttes empirien opp mot det teoretiske utgangspunktet i en drøfting av tilbakeføringsmekanismer, med særlig vekt på læringsmekanismer. Jeg diskuterer i hvilken grad innføringen av substitusjonsbehandling i Norge kan synes å ha ført til vært en medvirkende årsak til noe paradigmeskifte i norsk narkotikapolitikk. I avslutningen i *kapittel seks* oppsummeres hovedfunn i oppgaven, samt noen hypoteser som er utledet fra det historiske materialet men ikke tilstrekkelig dokumentert. Mulige forskningsveier videre, og implikasjoner fra funnene i denne oppgaven for videre narkotikapolitiske diskusjoner, skisseres.

2. Politisk analyse i en historisk kontekst

I denne delen av oppgaven skal jeg gi en presentasjon av historisk institusjonalisme, som både er en statsvitenskaplig teori og en tilnærming til studiet av politikk (Pierson og Skocpol 2002). Med sin vektlegging av lange historiske perspektiver og bred analyse, samt avstandtagen fra reduksjonistisk og funksjonalistisk analyse, tar den opp i seg mye av kompleksiteten som vi i *kapittel fire* skal se har preget den narkotikapolitiske utviklingen i Norge. Selv om det er vedvarende debatter om hvilken plass historisk institusjonalisme skal ha i studiet av politikk (Katznelson 1998; Thelen 1999; Peters m.fl. 2005). Jeg vil i denne oppgaven anvende historisk institusjonalisme som et rammeverk for å organisere tilnærmingen min til det empiriske materialet. Dette er en tilnærming til statsvitenskap som har sine røtter i den nye institusjonalismen, som særlig blitt knyttet til arbeid fra March og Olsen (1984) og Hall (1986) (Peters m.fl. 2005: 1279).

2.1 Den nye institusjonalismen

Den nye institusjonalismen i statsvitenskap var en reaksjon på det som ble oppfattet som et overdrevent fokus på individuell handling fra rasjonelle aktører, der politikk ble sett på som et produkt av interesser, makt og konstitusjonelle begrensninger (March og Olsen 1984: 739; Steinmo 2001). Dette fokuset ble oppfattet å være for snevert i møte med mye empiri; teoretisk simplifisering tok ikke tilstrekkelig høyde for politikkens kompleksitet (March og Olsen 1984: 741, 747). Nyinstitusjonalismen valgte i stedet å vektlegge institusjonenes rolle i politisk utvikling, med trykk på deres autonome rolle, mulighetene for historisk ineffektivitet og viktigheten av å forstå symboler og symbolsk handling i studiet av politikk (March og Olsen 1984: 734). Formålet var å studere hvordan institusjoner, når de er blitt etablert, påvirker videre politisk utvikling (Peters m.fl. 2005: 1280). Autonomibegrepet er sentralt, fordi det understreker at institusjoner må sees på som noe mer enn bare refleksjoner av samfunnskrefter. De er selv med å påvirke rammene for politisk aktivitet (March og Olsen 1984: 739). Som Hall (1993: 275-276) påpeker er det nødvendig å bringe staten som selvstendig agent inn i politisk analyse.

Institusjoner strukturerer politisk aktivitet og politiske prosesser gjennom å definere hvem som kan delta i en politisk arena, forme de politiske aktørene og deres strategier, og påvirke hva disse aktørene oppfatter som mulig og ønskelig (deres preferanser) (Steinmo 2001). I det nyinstitusjonalistiske perspektivet er institusjoner "infused with social ideologies, values, norms, and preferences, and, in turn, they provide society with rules and policies" (Pluye m.fl. 2004: 124). Slik blir institusjoner både produkter av og produsenter av holdninger og forestillinger. Med institusjoner kan man referere til både formelle institusjoner (som lover, parlamentariske forsamlinger, prosedyrer, byråkratier og organisasjoner) og mer uformelle institusjoner (som normer, verdier, kulturelle praksiser) – sistnevnte er særlig typisk for sosiologisk institusjonalisme.

Nyinstitusjonalismen er ikke noen enhetlig teori. Hall og Taylor (1996) påpeker at det har vært uklarhet om hva nyinstitusjonalisme egentlig er, og skiller derfor mellom tre ulike former nyinstitusjonalisme, som er vokst frem over den samme tidsperioden, men tilsynelatende uavhengig av hverandre (Hall and Taylor 1996: 5). Denne tredelingen er nå bredt anerkjent (Thelen 1999: 369-370⁹). De tre retningene innenfor nyinstitusjonalismen er historisk institusjonalisme, sosiologisk institusjonalisme og *rational choice* institusjonalisme. Hall og Taylor (1996: 5) hevder at de tre retningene maler ganske distinkte verdensbilder, men Thelen (1999) argumenterer for at forskjellene ofte overdrives, og at grensekrysning mellom de ulike formene for nyinstitusjonalisme er både fruktbart og etter hvert mer vanlig. Jeg vil i det følgende gi en grundig presentasjon av den historiske institusjonalismen, og definisjoner av sentrale begreper innen denne retningen. Imidlertid vil jeg først gi en kort fremstilling av hva som kjennetegner de to andre formene for nyinstitusjonalisme i forskjell til den historiske.

Rational choice institusjonalisme (RCI): Denne formen for institusjonalisme tar utgangspunkt i antatte regler for politisk atferd (rasjonelle valg) og undersøker hvordan disse manifesterer seg i praksis under skiftende institusjonelle betingelser. De hviler på et klart teoretisk fundament, som muliggjør teoridannelse og prediksjon; tar man utgangspunkt i rasjonelle valg, er det mulig å både forklare og spå atferd. RCI kan sies å være mer opptatt av bredde (anvendelighet) enn dybde (grundighet) (Steinmo 2001). RCI ser derfor ofte på institusjoner i

⁹ Thelen (1999: 370, fn. 1) omtaler Hall og Taylor (1996) som den beste fremstillingen av disse tre retningene, og deres styrker og svakheter.

lys av deres funksjoner, der opphavet forstås som et produkt av ønsket måloppnåelse. For en grundigere diskusjon av overlapp og møtepunkter mellom HI og RCI, se Thelen (1999).

Sosiologisk institusjonalisme: Denne retningen er basert på et bredere syn på institusjoner enn det i RCI og historisk institusjonalisme. Sosiologiske institusjonalisme studerer hvordan ideelle og ikke-materielle faktorer, og uformelle institusjoner (som normer, heurstikker, ideologier og verdensbilder) former politisk handling. Dette er blitt kalt de ”ikke-rasjonelle” aspekter ved aktørers handlinger (Steinmo 2001). I institusjonell sosiologi anses institusjoner å være sosialt konstruerte. De dannes av, er bærere av, og former kulturelle forestillinger (Hall og Taylor 1996: 15). Denne vektleggingen av normer, ideer og sosiale settinger gir opphav til en viktig distinksjon fra RCI, som ser på institusjoner som rasjonelle forsøk på å nå bestemte målsetninger: Sosiologisk institusjonalisme vier mer oppmerksomhet mot hvordan beslutningstakere forsøker å skape institusjoner med sosial legitimitet; institusjoner som innfrir visse moralske forventninger, selv om disse kan motvirke en reell måloppnåelse¹⁰ (Hall og Taylor 1996: 16). Et skille kommer derfor til syne i hva som antas å være seleksjonskriterier i politiske prosesser. Ved hjelp av et begrepspar anvendt av Zahariadis (2007: 72) kan vi si at RCI vektlegger *technical feasibility* mens sosiologisk institusjonalisme er opptatt av *value acceptability*.

2.2 Historisk institusjonalisme

Studier innen historisk institusjonalisme tar ofte utgangspunkt i empiriske forhold og observerte hendelser som oppfattes som interessante, og studerer disse historisk med åpenhet for andre teoretiske perspektiver som kan belyse en utvikling (Thelen 1999: 373). Historisk institusjonalisme (HI) har mange fellestrekk med historiefaget, men skiller seg fra dette gjennom å ha en sterkere interesse for teoretiske perspektiver og generaliseringer (Thelen 1999: 373).

¹⁰ Det vil si at politikkenes symboler kan være viktigere enn dens resultater. I en narkotikapolitisk kontekst kan dette knyttes til kontrollpolitikken, og særlig strafferammene som i Norge ble hevet ikke for noe instrumentelt formål, men for å signalisere alvoret i narkotikaforbrytelser (Valberg 1985).

Hall and Taylor (1996: 7) oppsummerer den historiske institusjonalismens oppfatning av institusjoner som å være "*organizations and the rules or conventions promulgated by formal organization*." Dette blir en mellomting av RCI og sosiologisk institusjonalisme, der man ulikt RCI åpner for mer kognitive elementer, men ulikt sosiologisk institusjonalisme begrenser seg til de som er knyttet til mer formaliserte institusjoner. Dette er imidlertid et noe løst begrep, og HI tar opp i seg innsiktene fra sosiologisk institusjonalisme om viktigheten av narrativer og diskursordener, selv om selve institusjonsbegrepet er snevrere.

HI tar utgangspunkt i at kausale sammenhenger vil være sterkt påvirket av overordnede kulturelle, institusjonelle og/eller historiske kontekster (Pierson og Skocpol 2002: 15). Skocpol (1992: 58) skriver at samfunnsvitere ofte glemmer å ta høyde for hvordan politiske beslutninger og implementeringen av dem ender opp med å strukturere videre politiske prosesser. Derfor blir det viktig å se på prosesser over lange tidsperioder, og konsekvensene av politiske beslutninger blir i seg selv viktige studieobjekter.

HI bygger på en oppfatning om at "*policies produce politics*"¹¹; de politiske løsninger og programmer som innføres har effekter som igjen bidrar til å strukturere de videre politiske prosesser; disse behøver ikke å være intensjonelle, de kan være utilsiktede produkter av foregående beslutninger. Det skjer ved at politikk fordeler ressurser og former insentiver for politiske aktører, og har en rekke kognitive konsekvenser for aktørers oppfatninger og forestillinger (Pierson 1993: 597).

For å forstå hvordan disse prosessene fungerer, må det redegjøres for de tre sentrale begrepene som historisk institusjonalisme forankrer analysen i:

- a. Stiavhengighet (*path dependency*)
- b. Tilbakeføringsmekanismer (*feedback mechanisms*)
- c. Kritiske faser¹² (*critical junctures*)

¹¹ Pierson (1993: 597) oppgir Schattschneider (1935) som opphav til dette uttrykket. Det er således ikke snakk om noen ny innsikt, om enn forståelsen av dette er blitt bedre på 75 år.

¹² Stiavhengighet og tilbakeføringsmekanismer synes å være standard norske oversettelser av hhv. *path dependency* og *feedback mechanisms*. Noe tilsvarende har jeg ikke funnet for *critical junctures*. På Wiktionary.org beskrives *junction* som "1. a place where things join, a junction, 2. A critical moment in time". Å oversette *junction* med 'fase' er muligens ikke optimalt, men er likevel bedre enn tidspunkt eller øyeblikk (som blir for kort, da en *critical juncture* kan vare over lengre tid) og vendepunkt (fordi hvorvidt det blir et vendepunkt er noe som er en del av analysen) og periode (som blir for vidt og uspesifikt).

2.2.1 Stiavhengighet

Den mest samlende definisjonen av stiavhengighet er kort sagt at *"history matters"*, fortid påvirker fremtid (Mahoney og Schensul 2007: 458). En slik definisjon bringer oss ikke langt når det gjelder praktisk anvendelse. Margaret Levi har definert det slik: *"Path dependence has to mean, if it is to mean anything, that once a country or region has started down a track, the costs of reversal are very high."* (Levi 1997: 28). En slik definisjon har et instrumentalistisk syn på stiavhengighet, som ikke i tilstrekkelig grad tar opp i seg den rollen kognitive tilbakeføringsmekanismer spiller. Denne svakheten kan imidlertid korrigeres ved å omskrive siste leddsetning til at *"...the likelihood of reversal is very low."* Det er altså snakk om et produkt av mekanismer som virker over en potensielt lengre tidsperiode. Stiavhengighet åpner for at viktige effekter av en hendelse kan være forsinkede, og synliggjøres først i retrospekt (Mahoney og Schensul 2007: 457).

Stiavhengighet skal forklare hvordan politiske tiltak bidrar til å videreføre en valgt kurs. For at dette skal være riktig, er prosessen avhengig av tilbakeføringsmekanismer.

2.2.2 Tilbakeføringsmekanismer

Nøkkelen her er å forstå hvordan politikk får effekter som forsterker den kursen som allerede er valgt, og hvilke mekanismer det er som spiller inn. Tilbakeføringsmekanismer handler om hvordan politikk får konsekvenser som igjen påvirker den videre politiske prosessen. Politiske programmer kan ha både materielle og kognitive effekter, og de kan påvirke politiske eliter (stat, politikere og byråkrati), sosiale grupper og interessegrupper, og folket/opinionen.

Mobilisering av interessegrupper: En studie som illustrerer en rekke av disse mekanismene er Skocpol (1992). Hun viser hvordan pensjonsordninger til krigsveteraner i USA gjorde dem selvbevisste som interessegruppe, og at gruppen mobiliserte for å forbedre denne ordningen (Skocpol 1992: 59). Samtidig har slik favorisering av grupper den effekten at det øker deres økonomiske ressurser, og dermed potensielt deres makt.

Utvidelse av administrativ kapasitet: Når et politisk program blir etablert bidrar det til å utvide statens organisatoriske kapasitet. Det gjør at kostnadene ved å utvide et program eller innføre lignende programmer blir langt mindre enn de første investeringer ved å etablere dem (Skocpol 1992: 58). Dette beskrives av Pierson (2000) som økende skalautbytte.

Tilpasning leder til lock-in: Av effekter på folk flest har Esping-Andersen (1990)¹³ drøftet hvordan velferdsstatlige tiltak driver folk til å tilpasse seg de familiestrukturer som velferdsprogrammene selv var tilpasset til. Han viser for eksempel hvordan velferdstiltak som baserer seg på at familier har en eneforsørger leder til andre former for tilpasning enn ordninger som er tilpasset at begge foreldre jobber. Slik forsterkes grunnlaget for den valgte politikken. Slike lock-in effekter knyttes til drøftinger hentet fra økonomisk teori, om hvordan det blir svært kostbart å endre programmer som store grupper har tilpasset seg (Pierson 2000).

*Læring*¹⁴: En annen sentral tilbakeføringsmekanisme knytter seg til læring. Med læring siktes det til prosesser der man danner seg nye oppfatninger om sammenhenger, problemer og løsninger gjennom erfaring med et bestemt politisk program.

Kilde til informasjon: Politikk kan fungere som *focusing events* (Pierson 1993), ved å lede oppmerksomhet mot de problemer som politikken er ment å løse. Eksistensen av politiske programmer generer oppmerksomhet, og legitimerer seg selv. Et annet kognitivt element påpekes av Heclo (1974: 315), som viser til hvordan etablerte institusjoner og programmer blir en kilde til mening, og blir oppfattet som ”den naturlige respons” på andre, men lignende, problemer.

Som eksemplene over illustrerer så handler tilbakeføringsmekanismer om mer enn nytte og rasjonalitet. Tvert i mot er oppmerksomhet om slike mekanismer en kilde til kunnskap om hvordan bestemte politiske løsninger ofte kan være suboptimale ut i fra rene effektivitetshensyn, gjennom at mulighetene og insentivene er sterkt formet av tidligere beslutninger. Å bryte med en etablert kurs blir lite sannsynlig, og potensielt svært kostbart. Aktørers handlinger, identiteter og holdninger tilpasses til og formes av institusjoner. Disse

¹³ Referert i Pierson (1993).

¹⁴ Sosial læring, basert på Hall (1993) sin fremstilling av dette, skal drøftes nærmere i kap. 5.2.2.

aktørene har derfor investert mye i de eksisterende institusjoner, hvilket gjør at disse blir mer attraktive sett i forhold til usikre hypotetiske alternativer.

2.2.3 Kritiske faser

Vektlegging av stivhengighet og tilbakeføringsmekanismer bidrar til å forstå hvorfor en politisk kurs blir videreført og styrkes, men egner seg dårligere til å forstå hvorfor en endring skjer.¹⁵ Derfor er forståelsen av kritiske faser viktig. Kritiske faser kan defineres som en fase der forhold fremprovoserer eller åpner for en endring og nye politiske valg, som så påvirker fremtidig bevegelse i en bestemt retning (Mahoney og Schensul 2007: 460). I HI oppfattes politisk utvikling å være preget av stabilitet og kontinuitet, avbrutt av bruddperioder som leder til en omorientering. Denne omorienteringen leder så til nye perioder med kontinuitet, der den nye kursen videreføres (Peters m.fl. 2005: 1276). Ofte er det kriser som blir det sentrale utgangspunktet for en politisk endring (Hogan og Doyle 2009: 211).

Blant de sentrale tesene i historisk institusjonalisme er derfor at en politisk kurs vil bli videreført med mindre en sterk kraft kommer inn og presser frem en endring (Peters m.fl. 2005: 1282). Slike krefter kan være eksogene sjokk, som økonomiske eller humanitære kriser, eller skyldes omorganiseringer som byråkratisk restrukturering (forvaltningsreformer, omfordeling av ansvar) eller endringer i politiske maktkonstellasjoner ved valg. Alternativt kan det være et produkt av negativ læring, når det bygges opp en oppfatning om at den førte politikk ikke fungerer. Det kan da dannes om *policy failure*. Slike endringer kan rukke ved etablerte politiske paradigmer (Hall 1993), ved at eksisterende ideologier ikke tilbyr relevante løsninger og eksisterende institusjoner ikke synes å være i stand til å håndtere en situasjon.

Hva som er en kritisk fase blir fort noe som først kan defineres i etterpåklokskapens lys. Begrepet har blitt kritisert for å være lite håndfast (Hogan og Doyle 2009: 212). Selv om den teoretiske anvendbarheten ikke er optimal, fungerer begrepet likevel effektivt som en

¹⁵ Argumenter om stivhengighet kan dog være et verktøy for å se på hvordan en endring skjer, og hvordan et eldre system videreføres i et nytt et. Dette kommer jeg tilbake til kap. 4.4.3 og kap. 5.3.2 om hvordan behandlingsideologien i narkotikapolitikken i Norge skulle prege metadonprogrammets utforming og målsetninger.

merkelapp på en periode preget av eksogene endringer og endogene omorienteringer.¹⁶ Tross debatt om begrepet og dets eksakte innhold, er det enighet om at kritiske faser som begrep er nyttig for å forstå viktigheten av formative faser for institusjoner (Hogan og Doyle 2009: 214). Kritiske faser, hvordan de utfolder seg og tolkes legger derfor føringer for hvilke følger de får.

2.3 Forståelsen av politisk endring

Det historisk institusjonalistiske rammeverket egner seg svært godt for å analysere stabilitet og kontinuitet i et politisk regime (Peters m.fl. 2005; Pierson og Skocpol 2002). Det er imidlertid mindre egnet til å kunne forklare hvorfor politikk endres. For å unngå å gå for mye inn i en teoretisk debatt om dette vil jeg la være å berøre dette ytterligere før den empiriske analysen senere i oppgaven. Jeg vil her presentere et rammeverk for å forstå hva som menes med politisk endring, og hvordan forskjellige typer endring kan klassifiseres.

Hall (1993) har i et innflytelsesrikt paper¹⁷ trukket på tidligere forskning om sosial læring og rollen staten eller statsapparatet har som autonom agent i å iverksette politisk endring. Hall gjennomførte en studie av endringer i makroøkonomisk politikk i Storbritannia mellom 1970 og 1989, og laget en modell for hvordan forskjellige endringer kunne beskrives og forklares.

Politisk endring kan forstås både som en respons på samfunnsmessig press og utvikling, og som autonome handlinger fra en stat, særlig på bakgrunn av *sosial læring* (Hall 1993). Innenfor den siste kategorien er det et klart rom for å se på staten som interagerende med samfunnet og dets aktører, men staten oppfattes likevel som det handlende subjekt og måten samfunnsaktørenes press artikuleres på oppfattes å være tilpasset statens organisering (Hall 1993: 276).

¹⁶ Som jeg vil komme tilbake til i kap. 4.4 er den kritiske fasen i norsk narkotikapolitikk den oppmerksomheten som på slutten av 80-tallet og starten av 90-tallet ble rettet mot HIV/AIDS-epidemien, økt sykелighet og elendighet, og økende overdosedødsfall blant narkotikabrukere.

¹⁷ Sitert 1978 ganger ifølge Google Scholar [søk gjennomført 5.4.2010].

For å forstå hvordan politikk endrer seg, er det nødvendig å danne seg et grundigere bilde av forskjellige typer politisk endring. For dette formålet kan det skilles mellom tre variabler, eller nivåer:

1. Politikkenes overordnede målsetninger
2. Politiske tiltak og virkemidler som anvendes for å nå disse målsetningene
3. Detaljer i organiseringen av disse virkemidlene

Hall (1993: 278) omtaler endringer på disse tre nivåer som henholdsvis tredjegrads, andregrads og førstegrads endring. De to siste omtales som *normal* politisk aktivitet, mens den første oppfattes som kvalitativt annerledes. Hall kaller en slik tredjegrads endring for et paradigmeskifte.

Sentralt for å forstå hvordan politikkenes overordnede målsetninger oppfattes og konstrueres, er eksistensen av politiske paradigmer¹⁸. Hall (1993: 279) definerer dette som et rammeverk av ideer og forestillinger som omhandler tre ting: politikkenes målsetninger, mulige tiltak for å nå disse målsetningene, og, viktigst, selve forståelsen av et problem. Dette rammeverket blir inkorporert i den politiske diskursen, og former både debatt og handling innen et tema blant involverte aktører.

Overgangen fra et paradigme til et annet vil handle mer om sosiale enn vitenskapelige forhold, og vil være avhengig av de posisjoner sentrale aktører har i en debatt. Overgangen vil være sterkt preget av forsøk og feiling med politiske virkemidler innenfor det etablerte paradigme. Avvik eller eksogene utfordringer vil være en viktig faktor som kan lede til paradigmeskifte. Hall (1993: 280) skriver: ”...if the paradigm is genuinely incapable of dealing with anomalous developments, these experiments will result in policy failures that gradually undermine the authority of the existing paradigm and its advocates even further.”

¹⁸ Dette begrepet er hentet fra Thomas Kuhns klassiker *The Structure of Scientific Revolutions* (1962) der vitenskapelige paradigmer behandles. Selv om Kuhn (1962) selv var nøye med å påpeke at den forståelsen han hadde av paradigmers rolle i naturvitenskapene ikke gjaldt for samfunnsvitenskapene, har begrepet hans blitt oppfattet som svært nyttig av mange statsvitere; Peters m.fl.(2005: 1276) argumenterer endog for at denne prosessen kan være enda sterkere i politikken fordi aktører innen politikken, byråkratiet og interessegrupper har svært sterke interesser knyttet til bestemte institusjonaliserte paradigmer.

Hall (1993) åpner dermed for at paradigmeskifter skjer i en periode som passer inn under HI sin forståelse av kritiske faser. I *kapittel fem* vil jeg drøfte hvordan de endringene som er skjedd i den medikamentelle behandlingens plass i norsk narkotikapolitikk passer inn i den typologien som er skissert over, og vurdere om det er aspekter ved modellen som trenger å revurderes.

2.4 Metode

Selve valget av studiespørsmål er et av de viktigste valgene man tar i arbeidet med å lage et forskningsopplegg (Yin 2003: 7) fordi det legger føringer for både hva som skal studeres, og hvordan det skal studeres. Historisk institusjonalisme som politisk teori har klare implikasjoner for valg av forskningsmetode. Pierson (1993: 596) lister opp tre sentrale påstander som følger av perspektivene i historisk institusjonalisme:

- a. Politiske prosesser studeres best over tid
- b. Strukturer legger begrensninger på, og former, politisk atferd
- c. Case-studier er nyttige for å finne kilder til politiske endringer

Yin (2003) har pekt på hvordan mange ofte reduserer case-studier til å kun være måter å få detaljert kunnskap om et tema. Å legge opp til en case studie vil være en måte å få frem det sterkt kontekstuelle elementet av mitt studieobjekt, som er norsk narkotikapolitikk. En komparativ studie kunne lagt grunnlaget for bedre sammenligning, men jeg lot være å gjøre dette av hensyn til forskningsøkonomi og at jeg ønsket å vie full oppmerksomhet mot den norske prosessen.¹⁹ Studier innefor HI-tradisjonen er blitt kritisert for hovedsakelig å ha benyttet seg av case studier (Pierson 1993: 616), fordi det gjør det vanskelig å si noe mer generelt om omfanget av slike mekanismer. Mitt hovedformål med oppgaven er nettopp å gi en grundig case-studie for å forstå en bestemt politisk prosess. Som jeg viser i *kapittel fem* gir det likevel grunnlag for å drøfte noen av de teoretiske premissene som ble diskutert i foregående teorikapittel.

Case-studiet, som ofte knyttes til kvalitative analyser (uten at det er automatisk slik), er ofte blitt ansett som mindre høyverdig i samfunnsfagene (Yin 2003: xiii). Dette skyldes at ved å få ekstensiv kunnskap om alle partikulære aspekter ved et bestemt studieobjekt eller fenomen, så mister man evnen til å generalisere. Samtidig ligger her roten til noe av kritikken mot større utvalg av studieenheter, fordi man ved å lete etter punkter å sammenligne kan miste blikket for historisk partikularitet.

¹⁹ En skandinavisk sammenligning ville vist hvordan Sverige, Danmark og Norge, som relativt like politiske systemer med forholdsvis like narkotikautfordringer, har lagt seg på vidt forskjellige linjer i metadonspørsmålet.

En case-studie skal ideelt sett ” *illuminate a decision or set of decisions: why they were taken, how they were implemented, and with what result*” (Schramm, sitert i Yin 2003: 12). I arbeidet har jeg vært opptatt av å identifisere hvem som er aktører og beslutningstakere, selv om jeg har hatt et fokus på institusjoner. Ettersom beslutninger i praksis må bli tatt av aktører, vil en teori som ikke evner å ta høyde for dette ” *simply anthropomorphizes institutions and also assumes homogeneity within the institution.*” (Peters m.fl. 2005: 1285)

Mye statsvitenskaplig litteratur fokuserer på hvordan rasjonelle aktører operer i politiske systemer. I denne oppgaven vil jeg vie oppmerksomhet til hvordan ideer og forestillinger former politiske beslutninger. Som Campbell (2002: 22) skriver: ” *...what actors believe may be just as important as what they want.*” Historisk er det, som vi skal se, ikke rasjonalitet og instrumentalitet som har formet narkotikapolitikken og debatten om denne. I metadondebatten, som jeg ønsker å studere, er dette særlig tydelig. Metadon fyller en instrumentell funksjon, men hva som er målsetningene i narkotikapolitikken kan ikke reduseres til rasjonalitet. Det er et produkt av verdier, ideologier og holdninger. En av utfordringene for studier av ideers rolle i politiske prosesser har vært å finne kausale mekanismer. En viktig teknikk er å fokusere direkte på aktører og se hvordan bestemte aktører er bærere av ideer og bruker dem i politikken (Campbell 2002: 29).

Jeg har i oppgaven anvendt en historisk orientert kvalitativ metode. Kvalitative metoder er over tid blitt viktigere i samfunnsvitenskapene (Marshall og Rossman 1999: 1). I en kvalitativ forskningsprosess foregår ikke dataanalysen lineært, men sirkulært; data samles inn, reflekteres rundt, det samles inn nye data og man oppdager nye ting og returnerer til dataen. Seidel (1998: 2) skiller mellom *noticing*, *thinking* og *collecting* som de tre leddene i prosessen. Kvalitative studier er mindre systematiske enn kvantitative, og forskerens evne til å oppfatte mønstre i komplekse sammenhenger av observasjoner er viktig (Hellevik 2001: 13). I studier av sosiale prosesser, lik den jeg har i fokus, er ofte kvalitative data mest hensiktsmessig (Holter og Kalleberg 1982: 11).

2.4.1 Avgrensning

Tidsavgrensning

Jeg har i oppgaven valgt å forholde meg primært til tidsperioden 1980-2005 for å samle inn datamateriale. Det var i denne 25-årsperioden at metadon gikk fra å være et ikke-tema, via kontrovers til å bli den dominerende behandlingsformen for opiatdominert narkotikabruk i Norge. Utviklingen etter 2005 drøftes, men vekten legges på perioden frem til 2005 da det er til hit jeg har det mest omfattende datamateriale. Jeg har trukket inn sekundærkilder som ser lengre tilbake. Narkotikaproblemet i Norge, slik det oppfattes i dag, begynte på midten av 60-tallet, og frem mot den første Stortingsmeldingen (St. meld. nr. 66 (1975-76) hadde Karl Evang og apparatet rundt ham bygget opp det som skulle bli værende som hovedkursen i norsk narkotikapolitikk frem til 90-tallet. Denne fasen blir dermed viktig å ha en kjennskap til, for å forstå de føringene det la gjennom å etablere et sterkt og langvarig narkotikapolitisk paradigme (ref. Hall 1993).

Forholde mellom metadon- og narkotikapolitikken

Narkotikapolitikken kan sies å bygge på tre søyler, der en fjerde søyle kan hevdes å ha kommet inn²⁰:

- a. Kontrollpolitikken: Dette innebærer både straffesanksjoner for innenlands bruk og distribusjon, samt kontroll med innføring av narkotika fra utlandet)
- b. Forebygging: Gjennom holdningsskapende arbeid og informasjonskampanjer skal man bygge opp en folkelig motstand mot bruk av narkotika.
- c. Behandling: De som har begynt å bruke narkotika og blitt avhengig av dette skal tilbys behandling og rehabilitering til en rusfri tilværelse.
- d. Skadereduksjon: Dette innebærer tiltak som er ment å begrense de skadene som følger av at narkotika brukes i samfunnet – både skader for brukeren selv, og på samfunnet.

I denne oppgaven er det metadonbehandling som er i fokus, og derfor er det søylene c. og d. som er mest sentrale, men de må selvsagt analyseres i forhold til kontrollaspektet. Når søyle a. trekkes inn er det hovedsakelig fordi kontrollen angår narkotikabrukerne og preger

²⁰ Skadereduksjon har etter hvert kommet inn som en fjerde søyle i norsk narkotikapolitikk i praksis (ref. Sosialdepartementet 2002)

myndighetenes tilnærmingen til c. og d. Kampen mot innføring og distribusjon, samt organisert kriminalitet, er utenfor oppgavens tema. Når det i oppgaven snakkes om narkotikapolitikk gjøres det med et forbehold om at det primært er snakk om ”heroinpolitikken”, eller mer presist: det utelater de delene av narkotikapolitikken som ikke angår heroin. Denne avgrensningen gjøres fordi metadonbehandling utelukkende vil hjelpe narkotikabrukere som er avhengige av opiater, og da er det først og fremst heroin det er snakk om.

Analysenivåer

Jeg har i oppgaven viet lite systematisk oppmerksomhet til partipolitiske konflikter i narkotikapolitikken. Dette har vært hensiktsmessig på grunn av forskningsøkonomiske hensyn og behovet for å gjøre avgrensninger, men det har vært rettferdiggjort av at det har vært en vedvarende konsensus i det politiske miljøet om narkotikapolitikken. De avvikene som har vært fra dette vil bli trukket frem eksplisitt der det er hensiktsmessig. Denne konsensusen må sees i tilknytning til den sterke rollen helsedirektørene Karl Evang og Torbjørn Mork hadde i utformingen av narkotikapolitikken.²¹ Jeg har derfor i oppgavene i utstrakt grad referert til regjeringen og myndigheter uten å alltid presisere hvilke partier som har vært ansvarlige, noe jeg mener kontinuiteten og konsensusen på feltet kan rettferdiggjøre.

Begrepsavklaring

Kjært barn har som kjent mange navn, og den gruppen som bruker narkotika i Norge er intet unntak: Narkoman, rusmisbruker, narkotikabruker, stoffmisbruker, rusgiftavhengig og narkotikaavhengig er eksempler. Termene er mange. Noen mer hverdagslige enn andre, og noen har mer negative konnotasjoner enn andre. I behandlings- og fagmiljøet har det vært strid om bruk av begreper som avhengighet og misbruk (r&a 1/98: 18-19). Lederen for fagrådet innen rusfeltet, Erling Pedersen, har pekt på at *”det er typisk at norske rustiltak og –innsatser blir døpt etter det som er mest avvikende og negativt ved brukerne”* (r&a 1/05: 13). I oppgaven vil jeg konsekvent benytte meg av den normativt nøytrale termen narkotikabruker. Ikke fordi jeg benekter at avhengighet er et reelt fenomen, men at kontroverser rundt hva

²¹ *”Evang og Mork var sterkere enn sine statsråder”* (Pedersen 2010). Om deres sterke rolle bidro til å dempe partipolitisk konflikt, eller om deres rolle rett og slett var muligjort av fravær av konflikt, kan man spørre om. Fjær (2005a) har pekt på hvordan oppfatningen av et normfellesskap har preget hele det narkotikapolitiske feltet, der kampen mot narkotika blir et samlende ankerfeste for aktørene, noe jeg kommer tilbake til i *kapittel fem*.

avhengighet er og hvordan det fungerer, er en del av drøftingen i oppgaven. Ettersom oppgaven primært handler om den delen av narkotikapolitikken som påvirker heroinbrukere, så er det – når ikke annet er nevnt, eller fremkommer av sammenheng – narkotikabrukere som bruker heroin det siktes til. At jeg likevel ikke bruker termen ”heroinbrukere” konsekvent henger sammen med at blandingsmisbruk er svært utbredt. Derfor gir narkotikabrukere et bedre bilde.

2.4.2 Datamateriale

Offisielle dokumenter

Jeg har i arbeidet gått gjennom de sentrale politiske dokumentene for utformingen av norsk narkotikapolitikk, samt tilhørende innstillinger i Stortingsdebattene.. Stortinget har vedtatt tre større Stortingsmeldinger om narkotikapolitikken:

- a. St.meld. nr. 66 (1975-76): Om narkotikaproblemene
- b. St.meld. nr. 13 (1985-86): Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken
- c. St.meld. nr. 16 (1997-98): Narkotikapolitikken

I tillegg har narkotikapolitiske problemstillinger blitt behandlet i bl.a. St.meld. nr. 69 (1991-92) og St.prp. nr. 138 (1978-79). I forbindelsen med Metadonassistert rehabilitering (MAR) og senere Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) har Sosial- og Helsedepartementet sendt ut rundskriv med retningslinjer og oppfordringer om praktisering av disse. Jeg har i tillegg vurdert bakgrunnsdokumentene for etablering av metadonprosjektet MiO i Oslo (NAVF 1992), samt evalueringer av dette prosjektet (Skretting 1997a; Ervik 1997; Frantzen 1997).

Tidsskriftet Stoffmisbruk

I St.prp. nr. 138 (1978-1989) om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer var ett av forslagene å opprette et tidsskrift, som en respons på et ”behov for å øke informasjonen om narkotikaproblemer og måter å møte disse på, samt stimulere til debatt i befolkningen, blant fagfolk og andre som har med ungdom å gjøre.” Tidsskriftet fikk navnet *Stoffmisbruk* og ga ut sitt første nummer i 1980. Etter at Sentralrådet for narkotikaproblemer ble lagt ned ble *Stoffmisbruk* gitt ut av Universitetsforlaget med støtte fra Rusmiddeldirektoratet.

For å få et innblikk i den historiske debatten og utviklingen på narkotikafeltet i Norge, med vekt på metadondebatten, har jeg gått igjennom *samtlig* utgaver av tidsskriftet *Stoffmisbruk* fra 1980 til 2005 (fra 1998 het tidsskriftet *Rus og avhengighet*).

I 1987 skrev Sentralrådet for Narkotikaproblemer i en uttalelse at "*Stoffmisbruk er i dag Nordens ledende tidsskrift på området*" (*Stoffmisbruk* 4/87b: 18). Ketil Bentzen, som var med å skrive St.prp. nr. 138 (1978-79) skrev i 2005 at tidsskriftet hadde "*innfridd de politiske forventningene...*" (Bentzen 2005: 4). Instituttssjef ved Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Sturla Nordlund, har beskrevet tidsskriftet som å ha "*stor betydning som formidlings- og debattforum for rusmiddelforskere på flere måter*", og beskrev det som en "*bærebjelke [i] kommunikasjon mellom de ulike gruppene av aktører på fagfeltet*" (Nordlund 1999: 35). Willy Pedersen har omtalt det som siden starten i 1980 å ha vært "*det eneste systematiske fagforum på feltet*" (Pedersen 1999: 35). Frantzsen (1995: 15) har påpekt hvordan "*Stoffmisbruk har beveget seg fra et skråsikkert nei til metadon i 1980, til i de siste årene å være en selvstendig aktør i arbeidet med å få et tilbud om metadonbehandling i Norge.*"

Stoffmisbruk er ikke ment å være et objekt for analyse, men jeg anser det som en god kilde til kunnskap om debatten og innsikt i de aktørene som har vært involvert. Det gir bedre mulighet for å gå grundig gjennom historien enn å for eksempel se på massemedia, siden en annen redaksjonell linje leder til andre inklusjonskriterier for publisering. *Stoffmisbruk* hadde som oppdrag å vise bredden i debatten, og basert på de uttalelser jeg har gjengitt over mener jeg det er en god kilde for å se den historiske utviklingen i metadonpolitikken.

Det var riktignok sentrale byråkrater som ønsket å legge ned tidsskriftet i siste halvdel av 80-tallet, fordi tidsskriftet hadde lagt seg på en redaksjonell linje som kritiserte den norske narkotikapolitikken.²² For mitt formål med å bruke *Stoffmisbruk* som kilde, er dette tillitsvekkende.

²² Intervju med Martin Blindheim.

Intervjuer

For å komme bak de offisielle dokumenter og historiske tekstene, og forsøke å lære mer om de prosesser som foregikk og de oppfatninger noen sentrale aktører gjorde seg har jeg gjennomført fem kvalitative intervjuer. Intervjuobjektene ble valgt på bakgrunn av at jeg ønsket en bredde i deres forankring, og har derfor inkludert representanter fra både forskning, byråkrati, media og politikk. Personene som ble intervjuet var:

- a. Helge Waal, professor ved SERAF, UiO, som har vært sentral i hele prosessen med metadonbehandling i Norge, som initiativtaker, spesialrådgiver for Regjeringen i narkotikaspørsmål, og senterleder for MARIO.
- b. Ketil Bentzen, tidligere avdelingsdirektør i Sosialdepartementet og spesialrådgiver for Regjeringen i narkotikaspørsmål.
- c. Astrid Skretting, forskningsleder ved Statens institutt for rusforskning (SIRUS) og ansvarlig for én av evalueringene av MiO (Skretting 1997a).
- d. Martin Blindheim, journalist og senere redaktør i Stoffmisbruk og Rus og avhengighet, nå spesialrådgiver i Helsedirektoratet. Blindheim var sekretær for arbeidsgruppen som jobbet med nye retningslinjer for LAR.
- e. Ingjerd Schou, sosialminister med ansvar for koordinering av ruspolitikken i Regjeringen Bondevik II fra 2001-2004.

Kvalitative intervjuer er ofte mindre strukturerte, for gjennom en fleksibel situasjon å få frem den intervjuedes oppfatninger (Bryman 2004: 313). Jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med forberedte hovedspørsmål og temaer. Intervjuene er transkribert og analysert, og jeg har trukket ut relevante sitater i teksten løpende. Målsetningen med kvalitative intervjuer er å bedre kunne forstå hvordan intervjuobjektene opplevde situasjoner. Jeg gjennomførte intervjuene sent i prosjektet, for å kunne møte dem med god egen kunnskap om prosessen jeg forsker på, og for å kunne vite mer presist hva jeg ønsket å oppnå med intervjuene og sikre at jeg fikk anvendelig kunnskap. I analysen av intervjuene ble det viktig å skille mellom hensikter og årsaker; årsaker er de mer direkte forklaringer, mens hensikter handler om hvilke intensjoner som ligger bak bestemte hendelser og fenomener – og vil således gi en dypere forståelse av det grunnleggende spørsmålet ”hvorfor” i studien.

Triangulering handler om å bruke forskjellige teknikker, metoder eller perspektiver for å verifisere data og konklusjoner. Ved å bruke forskjellige tilnærminger kan man korrigere for hver type forskningsmetodes interne svakheter (Holter og Kalleberg 1982: 32). Intervjuene mine er ment å fungere på denne måten ved at jeg fikk testet tanker og hypoteser jeg har gjort meg underveis gjennom spørsmålene.

Gjennom teksten vil jeg referere til intervjuene. Det bør tidlig presiseres at disse intervjuene representerer slik de aktuelle personene opplevde situasjonen. Der jeg ønsker å begrunne et punkt har jeg forsøkt å finne det dokumentert i andre referanser. Der det kun henvises til intervjuet er dette derfor en indikasjon på at det er snakk om enten én persons opplevde inntrykk, som er interessant å formidle som en levd opplevelse, eller det er et mer generelt punkt som jeg har tillit til at kan videreformidles, selv om øvrige kilder mangler.

Tilnærming til materialet

I min tilnærming til analyse av dette datamaterialet har jeg tatt utgangspunkt i å lete etter tegn på de mekanismene som ble skissert i teorikapittelet. Jeg har sett etter ideers relevans, læringselementer, oppfatninger om konsekvenser av tidligere politikk, og lignende. I litteraturlisten har jeg kun referert til de tekstene som er sitert i teksten, og ikke den fulle bredden av datamateriale som jeg har brukt som grunnlag for analysen.

En slik fremgangsmåte gjør kanskje at en ryddig og elegant presentasjon av forskningsmetoden blir vanskelig, og vil måtte støtte seg på en rekke varierte kilder over en relativt lang tidsperiode. Tekstene jeg leser vil ikke alltid la seg kategorisere og systematisere, men vil ofte måtte tolkes subjektivt når mening i tekst og ytringer skal ekstraheres. Hva som oppfattes som ”relevant” blir en subjektiv øvelse å velge ut. Som Mucciaroni (1990: 258) oppsummerer en av sine egne studier: *”...if the explanation seems inelegant and complex, it is because the matter itself – the evolution of a major public policy over the course of some forty years – is inelegant, complex and changeable.”*

3. Perspektiver på narkotikapolitikken

For å se den norske narkotikapolitikken i en mer overordnet kontekst, er det nødvendig å ha kjennskap til forskjellige perspektiver på hvordan narkotika er blitt kontrollert i forskjellige samfunn, og de teoretiske perspektiver på disse modellene som er mest relevante. I sær er det nødvendig å se på skadereduksjonsideen, som har fått økt innflytelse i vestlig narkotikapolitikk, derunder også den norske. Metadonbehandling må sees i lys av denne tankegangen. Som en forberedelse på den historiske analysen vil jeg gi en diskusjon av metadonbehandlingens historie, funksjon og verdigrunnlag.

3.1 Narkotikapolitiske regimer

Overordnet har narkotikapolitikken blitt plassert i et spenn mellom kriminalisering og legalisering, mellom kontroll og frislipp. Det første har blitt representert ved den amerikanske *war on drugs*, der narkotika skal bekjempes med alle midler og all omgang med det defineres som kriminalitet. Legalisering har kanskje preget noen historiske perioder, men i Norge har det ikke vært et prosjekt for noen aktører – med unntak av deler av det kriminologiske miljøet²³. Jeg vil derfor først beskrive hvordan vektlegging av kontroll og behandling har kunnet gå hånd i hånd i norsk narkotikapolitikk. Så vil jeg gjøre en relativt grundig drøfting av skadereduksjonsideen som har fått stort gjennomslag i vesteuropeisk narkotikapolitikk siden midten av 80-tallet, og er blitt kalt en *tredje vei* mellom legalisering og forbudet. Denne forståelsen skal jeg problematisere ved å introdusere en typologi utviklet av Benoit (2003) for å plassere narkotikapolitiske regimer.

3.1.1 Kontroll og behandling – konflikt?

I Norge kan de to tydeligste frontene i narkotikapolitikken sies å være *behandlingsideologien* og *kontrollideologien*.²⁴ Disse har i forskjellig grad betont narkotikabrukets årsaker og

²³ Klingsheim (2002) gir en mer inngående drøfting av norsk narkotikapolitisk diskurs og den kriminologisk forankrede kritiske posisjonen. Denne preger også Christie og Bruun (1985), en viktig kritisk intervensjon på narkotikafeltet.

²⁴ Også Asmussen og Dahl (2002: 250) fremhever disse to som de sentrale ideologiene på narkotikafeltet.

narkotikabrukerens art. Den første har fremhevet narkotikabrukets sosiale karakter og opphav, og behovet for solidarisk engasjement og folkelig motstand mot rusmidler, samt snarlig behandling av dem som havner i det uføre å bruke narkotika. Den sistnevnte har lagt vekt på ansvarliggjøring av brukeren, kriminalisering og bruk av justispolitiske virkemidler.

På tross av forskjellene i ideologisk fundament, er disse to tilnærmingene påfallende like i sine praktiske konsekvenser – eller rettere sagt, de er komplementære (Quirion 2003).

Tiltakene i den ene står ikke i særlig motsetning til det andre²⁵. De deler nullvisjonen om fravær av narkotika i samfunnet, og målet om en bred samfunnsmessig motstand mot narkotika. De har til felles at de ikke skille mellom milde og harde stoffer, og omtaler all bruk som misbruk. Politikken som kommer fra disse ideologiske tilnærmingene kan sies å bestå av tre søyler²⁶:

1. Forebygging: Hindre nyrekruttering gjennom enten å skape moralsk avstand og/eller å begrense de sosiale forhold som bidrar til narkotikabruk, evt. med bruk av straff som avskrekking.
2. Behandling: De som bruker narkotika skal hjelpes ut av narkotikabruket sitt.
3. Kontroll: Justispolitikken skal bidra til å hindre innførsel, produksjon, distribusjon og bruk av narkotika.

Som vi vil se i den historiske analysen i *kapittel fire* viste disse ideologiene seg å være komplementære i Norge. Den sosialradikale linjen fra Karl Evang, som formet norsk narkotikapolitikk i den tidlige fasen, ikke minst i den første Stortingsmeldingen om temaet, hadde et kraftig element av kontrollpolitikk i seg. Den dreiningen mot økt kontrollpolitikk man så på 80-tallet skulle vise seg å være forenlig med det oppbygde og etablerte behandlingsapparatet.

²⁵ Muligens med unntak i synet på om narkotikabrukeren har best utbytte av straff eller behandling, men denne spenningen har vist seg mulig å håndtere i praksis. For eksempel gjennom at man tilbyr behandling i fengsler, eller rett og slett dømmer narkotikabrukere til behandling som alternativ til annen straff.

²⁶ Denne tredelingen tydeliggjøres både i St. meld. nr. 16 (1975-76) og St. meld. nr. 13 (1985-86) i form av egne kapitler. I førstnevnte er riktignok kontrollaspektet dekket i vedlegg 6, som uttalelse fra berørte departement, samt Tolldirektoratet.

3.1.2 Skadereduksjon – strategi og ideologi

Siden midten av 80-tallet, og i sær fra vi entret 90-tallet, har skaderedusering fått prege den internasjonale narkotikapolitiske debatt og nasjonal narkotikapolitikk. Dette skjedde særlig som en konsekvens av HIV-epidemien (Inciardi og Harrison 2000: ix). Frem til 90-tallet var dette kontroversielt i de nordiske landene, med unntak av Danmark (Stenius 2007: 233), men i Norge er det etter hvert blitt en integrert del av den offisielle narkotikapolitikken.

Skadereduksjon handler om å redusere skadene knyttet til narkotikabruk, men uten nødvendigvis å forsøke å påvirke bruken. At skadereduksjon da ikke har stoffrihet som et nødvendig mål er det som mest grunnleggende skiller den fra behandlings- og kontrollideologien (Asmussen og Dahl 2002: 251).

Skadereduksjon er et tankesett som tar utgangspunkt i at bruk av heroin (og annen narkotika)²⁷ ofte fører med seg store sosiale og helsemessige problemer for brukerne.

Uavhengig av hva man mener om avhengighet og dets årsaker, er det klart at heroinbrukere ofte sliter med store problemer. Asmussen og Dahl (2002: 249) beskriver problemene slik:

”...dårlig ernæring, injeksjonsskader, uhensigtsmæssige injeksjonsvaner, brugen av ikke-injicerbare stoffer til injeksjon (ex. Brun heroin, ketogan, metadonmixtur) med bylder, blodpropper, skinnebessår, åre- og hjerteklapbetændelse til følge. Risikoen for overførsel av HIV og Hepatitis B og C er også høj. De psykosociale følgevirkningene giver sig bl.a. udslag i angst og depression, brud med familie og arbejdsmarked, fravær af socialt netværk, social isolation og hjemløshed.”

I tillegg sliter narkotikabrukere med store skadevirkninger av kontrollpolitikken, såkalte *kontrollskader* (Christie og Bruun 1985). Det knytter seg til stress i hverdagen fra politiet og straffesanksjoner som følge av forskjellige lovbrudd. Uttrykket ”*criminalization of deviance*” stammer fra Schur (1965) og beskriver den doble stigmatiseringen som kommer av at avvikende og sosial marginalisert atferd i tillegg blir stemplet som kriminell og straffbar (Korf og Buning 2000: 113).

Under skadereduksjonsbanneret har det vært plassert så varierte posisjoner som:

²⁷ Skadereduksjon kan knyttes til all narkotikabruk, så vel som alkoholbruk, men er som oftest knyttet til injiserende narkotikabrukere, og da hovedsakelig heroinbrukere, grunnet de alvorlige skadevirkningene dette har og den vanskelige livssituasjonen blant mange injiserende narkotikabrukere (Riley og O’Hare 2000: 1).

- a. Ønsker om å endre narkotikapolitikken
- b. Sykdomsreduserende intervensjoner (særlig relatert til HIV/AIDS, for eksempel gjennom sprøyteutdeling)
- c. Bredere rusbehandlingstilbud (især substitusjonsbehandlingsprogrammer)
- d. Kampanjer for mer ansvarlighet og hygiene blant dem som opprettholder bruk av narkotika
- e. Såkalte *ancillary intervention*, som botilbud, helsesentre, bistandsgrupper, osv.

(Inciardi og Harrison 2000: viii)

Det eksisterer ingen definisjon av skaderedusering som det synes å være noen klar enighet om (Jourdan 2009: 516-517; Inciardi og Harrison 2000: vii; Riley og O'Hare 2000: 7).

Komplikasjonene med å klargjøre *akkurat* hva skadereduksjon er knyttet til at begrepet kan sies å ha to betydninger, som ikke nødvendigvis er forenlige: På den ene siden er det en betegnelse på tiltak som har den effekt at de reduserer skade, og på den andre beskriver det en enhetlig tilnærming til narkotikapolitikken (ref. Figur 1).

Wodak (2007) har hevdet at narkotikapolitikken i de tyvende århundre har vært dominert av en deontologisk tilnærming til narkotikaproblemer, hvor handlingens motivasjon og endelige målsetninger var viktigere enn de faktiske konsekvenser. Han ser skadereduksjon som en konsekvensetisk reaksjon mot dette (Wodak 2007: 59). Denne holdningen har vært typisk, og bunner blant annet i en opplevelse av at praktiske tiltak er blitt motsatt på moralsk grunnlag. Skadereduksjon har dermed fått behov for å fremstille seg selv som en pragmatisk og fornuftig tilnærming.

Denne pragmatismen stammer fra en erkjennelse som mange har gjort seg av at kontrollpolitikken ikke ser ut til å løse narkotikaproblemene²⁸. Opplevelsen av et gap mellom deontologiske og konsekvensetiske tilnærminger blir ekstra påtakelig når man ser at de uttalte målsetninger i så liten grad faktisk nås. Nullvisjonen, målet om et narkotikafritt samfunn eller en narkotikafri verden²⁹, blir derfor kritisert som virkelighetsfjern og basert på sinnelagsetikk

²⁸ Dette er riktignok ingen *nødvendig* konsekvens av å oppleve manglende resultater, og svaret kan ofte like gjerne bli at kontrollapparatet må styrkes. Det kan hevdes at den føderale politikken i USA har båret preg av dette. Hall (1993) peker også på en slik dynamikk på et annet politikkområde i Storbritannia, nemlig makroøkonomisk planlegging.

²⁹ En målsetning verdens land har stilt seg bak i FN-sammenheng, se bl.a.

snarere enn rasjonelle vurderinger. Visjonen, hevder Levine (2007), beskrives best som *"incoherent"*; *"[it] does not hold together. It actually does not make sense"* (Levine 2007: 666).

Noe av bakgrunnen for å omtale skadereduksjon som "pragmatisk" er fordi det er ment å skape en aksept blant personer som er tilhengere av en annen ideologisk retning på narkotikafeltet, men ser de positive effektene eller nødvendigheten av skadereduserende tiltak. Å fremstille det som pragmatisk og moralfritt blir dermed en måte å holde noen grunnleggende verdier intakt, samtidig som man åpner for noen tiltak som bryter med disse verdiene. Nadelmann (1993: 37) spør: *"Who in their right mind could oppose the notion of reducing harm?"* Slik ser man et forsøk på å avpolitiserer en politisk og ideologisk retning. Skadereduksjon fremstilles som ukontroversielt, selv om det på ingen måte er det, ettersom det bryter med en del av de fundamentale prinsippene narkotikakontrollen har vært basert på.

Den mest åpenbare komplikasjonen med begrepet skadereduksjon er at "skade" er et mangetydig begrep: hvilken skade, og for hvem, er det man snakker om? Man kan skille mellom skader for den enkelte narkotikabruker, for folkehelsen, skader narkotikabrukerne kan påføre samfunnet for øvrig (gjennom kriminalitet eller såkalt *public nuisance*³⁰), eller skader på brukerpopulasjon og samfunn som følge av en repressiv kontrollpolitikk (Hurme 2002: 244). Begrepet gjør seg således tilgjengelig for en politisk kamp om å definere hvilke skader som er relevante.³¹

Videre er synet en har på fortsatt narkotikabruk noe som skiller ulike tilnærminger. Man kan gjøre et skille mellom dem som mener rusfrihet ikke kan forventes og dermed heller ikke bør være et mål, dem som mener rusfrihet skal være det endelige målet, og de som mener at rusfrihet er noe som reduserer skader, og dermed er et mål, men skadereduksjonen er det overordnede målet (Andersen og Järvinen 2007: 239).

³⁰ I NOUen om forskning på rusmiddelfeltet fremheves "å forhindre etablering av store ansamlingsplasser for rusmiddelmisbrukere i det offentlige rom" som et tiltak som reduserer "de samfunnsmessige skader av rusmiddelmisbruk" (NOU 2003: 4: 83)

³¹ Ytterpunktene her blir da de som ønsker å inkludere kontrollskader, dvs. negative konsekvenser av narkotikakontroll (ref. Christie og Bruun 1985), og dem som, i likhet med Antonio Costa, direktør i FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNOCD) som mener at *"i praksis er alle narkotikakontrolltiltak en form for skadereduksjon"* (sitert i Room 2003, min oversettelse)

For praktiske formål er det mulig å hente ut en essens i skadereduksjonstilnærmingen, men som denne diskusjonen viser er det behov for videre presiseringer og klargjøringer av nettopp hva en bestemt skadereduserende politikk har som utgangspunkt, målsetninger, virkemidler og begrensninger.

3.1.3 Middelvei, supplement eller noe eget?

Hvordan man plasserer skadereduksjon i en typologi over narkotikapolitikken vil jeg her bruke som utgangspunkt for å presentere ulike syn på hvordan narkotikapolitikken forstås. Jeg understreker at disse tre synene ikke er i direkte konflikt med hverandre, men er forskjellige måter å kategorisere og typologisere. Jeg velger å skille mellom tre syn:

- a. Skadereduksjon blir en ”tredje vei” mellom en repressiv kontrollpolitikk og liberalisering. Forbudet opprettholdes som utgangspunkt, men det gjøres aktiv innsats for å redusere dets verste konsekvenser (Inciardi og Harrison 2000: viii). Synet på skaderedusering som en pragmatisk tilnærming til narkotikaproblemet kan passe inn i denne kategorien.
- b. Skadereduksjon er en fjerde søyle i narkotikapolitikken, som komplimenterer behandling, forebygging og kontroll. Det kan integreres utproblematiske. Som en rapport om dansk narkotikapolitikk³² skrev: *”The working group has chosen [...] to view harm reduction as a fourth tier. [...] It is important not to view harm reduction as competing with or in opposition to other drug problem responses.”* (oversatt fra dansk i Jourdan 2009).³³
- c. Skaderedusering kan sees på en særegen tilnærming til narkotikapolitikken basert på en annen idé og en annen tilnærming til narkotikapolitikken. For å redegjøre for dette, vil jeg ta utgangspunkt i Benoit (2003) sitt syn på narkotikapolitikken som et produkt

³² En arbeidsgruppe for skadereduksjon skrev rapporten for det Danske Narkotikarådet i 1999 (Jourdan 2009).

³³ Dette synet åpner også for det resultatet at man kan se parallelle utviklinger der man får både se mer skadereduksjon og tettere kontroll som parallelle trender. Dette har man sett i Finland (Hurme 2002: 241)

av spenningen langs to dimensjoner: risikokontroll og folkehelse.³⁴ Benoit (2003: 270) beskriver narkotikapolitikken som et forsøk på å håndtere “...*the tension between the state’s interests in protecting public health and maintaining public order, and how these two interests are balanced is key to cross-national differences.*” Hennes typologi er presentert som Figur 1.

		Lov og orden	
		Høy	Lav
Folkehelse	Høy	1. <i>Medikalisering</i> Autoritet ligger hos medisinske myndigheter. Målsetning med politikk er å håndtere narkotikaproblemet. Ikke-medisinsk anvendelige narkotika er forbudt.	2. <i>Skaderedusering</i> (også kalt folkehelsemodellen) Salg og/eller bruk av narkotika er ulovlig, men kontrollen er begrenset til fordel for tiltak som skal lette de negative konsekvenser av narkotikabruk.
		3. <i>Kriminalisering</i> Justissektoren har den primære autoritet, og målsetningen med politikken er å hindre innførsel, salg og bruk av narkotika. Helsemessige tiltak er mindre prioritert.	4. <i>Legalisering</i> Narkotika er kommersielt tilgjengelig i markedet.
	Lav		

Figur 1 Tilpasset fra Benoit (2003: 274)

Denne modellen kan dermed utvide altså den tredelingen som gjøres punkt a. over, ved å introdusere en fjerde kategori for narkotikapolitisk regime: *medikalisering*. Selv om de fleste empiriske kasuser vil være glidende eller hybrider, fanger denne typologien opp variasjoner langs to akser i narkotikapolitikken sett fra statens side.

I praksis vil ofte en bestemt nasjonal politikk sjelden konformere med slike idealtyper. Det kan henge sammen med flere ting, men jeg vil her fremheve to aspekter³⁵:

³⁴ Dette er to dimensjoner som er nært knyttet til statlig styringslogikk, dvs. de er målsetninger for effektiv styring av en stat. For en nærmere drøfting av dette se Neumann og Sending (2003), eller Foucaults forelesninger om temaet ved College de France. Ved å fremheve at kontrollpolitikken kan være en rasjonell tilnærming til et bestemt styringsmål, utfordrer denne modellen derfor Wodak (2007) sin påstand om at konflikten står mellom moralisme og pragmatisme.

³⁵ Signifikansen av disse skal jeg komme tilbake til i kap. 5.3, men det er passende å introdusere dem tidlig.

1. De forskjellige deler og institusjoner som utgjør en politisk enhet eller et politisk felt oppstår til forskjellige tider og under forskjellige forutsetninger, noe som kan lede til variasjon og fragmentering (Thelen 1999: 382).
2. Tiltak som passer under forskjellige slike idealtyper kan være komplementære, dvs. typiske programmer fra forskjellige idealtyper kan kombineres, uten at de konkurrerer med hverandre.

Til punkt to kan man eksempelvis peke på at en rekke skadereduserende tiltak fra felt to kan innføres uten at det går på bekostning av det kontrollpolitiske apparatet som utgjør grunnsteinen i felt tre. Det vil være en del overlappl mellom medikalisering og skaderedusering – eksempelvis vil både sikret sprøytetilgang og substitusjonsbehandling av narkotikabrukere være en naturlig del av begge regimer. Det som skiller dem fra hverandre er især intensjoner og motivasjoner for å gjennomføre tiltakene.

Til tross for at modellen ikke er, eller kan forventes å være, utfyllende, oppfatter jeg likevel dens kategorier som nyttige, da de gir en ramme for å tenke systematisk rundt organiseringen av narkotikapolitikken. I en norsk kontekst, som jeg kommer tilbake til i *kapittel fire*, representerer aksene i matrisen to av de av de linjene i norsk narkotikapolitikk som er mest relevante for mine forskningsspørsmål: overgangen mot en stadig mer helsedominert narkotikapolitikk, og drøftelsen av om utviklingen i substitusjonsbehandlingsprogrammet henger sammen med en vridning av minimering av samfunnsrisiko. Det Benoits typologi får frem er at narkotikapolitikken uttrykk er et produkt av hva som motiverer politikken utforming.

I dette kapittelet har jeg vist at det er en rekke alternative måter å kontrollere narkotika i samfunnet. Skaderedusering har blitt en stadig viktigere del av de vestlige lands faktiske narkotikapolitikk. Når det drøftes den utviklingen som er skjedd i norsk narkotikapolitikk, er denne teoretiske forankringen gunstig å ta med seg for å kategorisere de endringene man ser. Narkotikapolitikken er blitt stadig mer medikalisert, og den trenden er veldokumentert. Om motivasjonen for innsatsen overfor narkotikabrukere er humanistisk hjelp overfor en utsatt gruppe eller samfunnets behov for å holde orden på avvikere er åpent for debatt.

3.2 Metadon og behandlingen av narkotikabrukeren

Metadonbehandling er i vestlige land i dag den klart mest anvendte formen for behandling av opiatavhengighet (EMCDDA 2000). I dette kapitlet vil jeg gi en beskrivelse av hva metadon er, hvorfor det brukes i behandlingen av narkotikabrukere, fremveksten av denne behandlingsformen og kunnskapen vi har om dens effekter.³⁶

3.2.1 Bakgrunn

Metadon er et syntetisk (kunstig fremstilt) opiat som får kroppen til å blokkere effekten fra andre opiater, som heroin. Det ble opprinnelig produsert under annen verdenskrig som et smertestillende middel, til erstatning for naturlige opiater som morfin (Ervik 1997: 17).

Det var Vincent Dole og Mary Nyswander som startet forsøk med metadon for å behandle narkotikabrukere i New York i 1964. For Dole og Nyswander var det å gi vedlikeholdsbehandling med metadon til narkotikabrukere som å gi insulin til diabetikere: en langvarig måte å stabilisere helsetilstanden (Quirion 2003: 251). Når man inntar metadon fjerner man abstinensene man får fra å ikke ta en heroindose, og samtidig blokkeres reseptorene som gjør det mulig å få en ruseffekt av heroin. Slik ville man ikke bare fjerne behovet for å injisere, men også gjøre det virkningsløst.

Tankegangen deres var basert på en medisinsk forståelse av narkotikaavhengighet. Avhengighet oppfattes som en forstyrrelse i kroppens naturlige endorfinbalanse, som kan korrigeres ved å bruke metadon. Metadonet blir en substitutt for heroinet. I et intervju i Stoffmisbruk presiserer Dole at å slutte med metadon aldri var, og heller aldri burde bli, formålet med metadonbehandling. Metadon er medisin mot fysiologisk opiatavhengighet (Stoffmisbruk 2/94).

³⁶ Noe av kunnskapen som stammer fra evalueringer av norske metadonforsøk og –programmer vil jeg komme mer tilbake til senere i oppgaven, da de også bør tolkes som kunnskapsmessige intervensjoner i den historiske og politiske prosessen rundt metadonbehandling.

Metadon utmerker seg som særlig gunstig for denne type substitusjonsbehandling, i forhold til for eksempel kontrollert dosering av morfin og heroin, av flere grunner: Lang virkningstiden (24-36 timer) begrenser den nødvendige hyppigheten i dosering til én gang daglig; at det kan absorberes via magesekken gjør at det ikke behøver å injiseres; det gir en begrenset ruseffekt i forhold til heroin (Ervik 1997: 17). Gunstigheten av metadonbehandling handler også om at opioider ikke i seg selv har vært oppfattet som ikke å være fysiologisk skadelige, dvs. de gjør ikke direkte skade på organer eller mentale funksjoner om de er tatt i begrensede doser (Drucker 2000: 33).³⁷

Det bør understrekes at metadon fungerer som substitutt for opioider, men ikke for andre narkotiske stoffer, som kokain og amfetamin. Det er gjort forsøk på dette, men det har ikke gitt noen dokumentert effekt (NOU 2003:4: 93).

3.2.2 "Metadon virker"

Vedlikeholdsbehandling med metadon er den mest evaluerte formen for behandling av narkotikabrukere (Ervik 1997: 19-20) og er den type behandling hvis effekter har den beste vitenskaplige dokumentasjonen (Johnson 2007: 261). Før Norge åpnet for metadonbehandling, ble det publisert mye forskning som viste metadonbehandlings effekt på å redusere sykелighet, dødelighet og kriminalitet hos narkotikabrukere, samt øke deres livskvalitet (Inciardi og Harrison 2000: x³⁸). I en metaanalyse av 35 undersøkelser finner Marsch (1998; referert i Åberg m.fl. 2001: 445) at metadonbehandling kraftig reduserer bruk av heroin og andre opiater, narkotikarelatert kriminalitet og risiko for HIV- og AIDS-smitte.

Waal (2007:66) beskriver fordelene ved vedlikeholdsbehandling som "established beyond reasonable doubt", men presiserer at nivået på disse gevinstene varierer mellom ulike programmer. I en forsiktig formulering i NOUen *Forskning på rusmiddelfeltet* heter det at "Beskjeden erfaring fra LAR i Norge så langt ser ut til å støtte opp under det en finner

³⁷ Drucker (2000:35) referer også til studier som har vist at metadon ikke leder til økt toleranse, men Folkehelseinstituttet (2008b) hevder derimot at det ved "gjentatt inntak av samme dose kan det utvikles betydelig toleranse til en rekke av metadonets effekter". Her er det imidlertid utvikling i kunnskapsgrunnlaget, og noen bieffekter er berørt i Waal m.fl. (2009).

³⁸ Inciardi og Harrison (2000) referer til en rekke studier, Ball m.fl. (1981), Gerstein og Harwood (1990), Nurco m.fl. (1988) og Speckart og Anglin (1985).

internasjonalt om behandling av opioidavhengige” (NOU 2003:4: 80). Den norske forskerkommisjonen beskriver det som *”godt dokumentert at metadonbehandling har stor effekt for å redusere frafall i behandling, dødelighet og misbruk sammenlignet med ingen behandling.”* (NOU 2003:4: 92).

Hva vil det egentlig si at metadon virker? Til det må man ha klart for seg hva formålet med behandlingen skal være. Som jeg viser i referansene i avsnittet over, er metadonbehandlingens effekt på å redusere skader knyttet til en livsstil med langvarig bruk av heroin godt dokumentert. Om målsetningen er varig rusfrihet, dvs. fravær av metadon, har resultatene vært magrere (Waal 2007; Waal m.fl. 2009). Dersom formålet skal være yrkesmessig og sosial rehabilitering, for å leve et mest mulig ”normalt” liv, drøftes implikasjoner av dette i neste avsnitt. Hvordan målsetningene har utviklet seg i Norge kommer jeg tilbake til i *kapittel 4.5* og *kapittel 4.6*.

3.2.3 Metadon og rehabilitering

Metadon kan ikke alene rehabilitere narkotikabrukere, men kan assistere et rehabiliteringsopplegg. Det er en rekke positive effekter knyttet til selve medikamentet, men reintegrering i samfunnet er det enighet om at krever mer enn det. Allerede Dole og Nyswander klargjorde at det var behov for sosial rehabilitering i tillegg til metadon i behandlingen, da metadonet kunne skulle fungere som en stabilisator for å muliggjøre løsninger på andre problemer av sosial karakter. Om målet med behandlingen er full rehabilitering, vil metadon således bare bli ett av flere viktige tiltak.

Effekten av metadonbehandling styrkes ved å tilknytte mer eller mindre psykososial støtte (Pedersen 2000: 288). Også Ball og Ross (1991) understøtter at dette gir bedre behandlingsresultater. I en studie av pasientperspektiver på metadonbehandling konkludertes det med at pasientene selv anså de psykososiale innslagene som viktige (Åberg m.fl. 2001: 444). Forskerkommisjonens vurdering etter sin gjennomgang av en rekke studier er at *”det er vedlikeholdsbehandling sammen med spesifikke psykososiale behandlingssinnsatser som viser effekt i behandling av opioidavhengige”* (NOU 2003:4: 80).

Det er dog verdt å påpeke at selv om metadonprogrammer med rehabiliteringsmålsetninger oppnår bedre resultater enn metadonprogrammer uten, viser også sistnevnte – som kun har skadereduksjon som målsetning – positive resultater med hensyn til dødelighet, helsetilstand, kriminalitet og øvrig narkotikabruk (Johnson 2005: 112).

3.2.4 Avhengighetsforståelse

I første del av dette kapittelet viste jeg hvordan Dole og Nyswanders syn på metadonbehandling var preget av et bestemt, og medisinsk forankret, syn på narkotikaavhengighet. Jeg skal i dette avsnittet utbrodere dette litt mer, da en drøfting av dette synliggjør en sentral konfliktlinje i narkotikapolitikken som kan bidra til å forklare noe av motstanden mot metadonbehandling.

Substitusjonsbehandling som idé har sine røtter fra tidlig på 1900-tallet. Mange narkotikabrukere opplevde tunge abstinenssymptomer når de forsøkte å bryte sin avhengighet. Man valgte derfor å dosere gradvis mindre doser, og ikke kutte tilførselen for brått, for å begrense abstinensene (Drucker 2000: 32).

Alvorligheten av slike abstinenser er et eget debatttema. Legen Theodore Dalrymple (2007) er sterkt kritisk til forståelsen av heroinabstinenser som en ulidelig tilstand. Han mener derfor at vedlikeholdsbehandling for å dempe abstinensene er en alvorlig feilslutning, basert på gale premisser. Folkehelseinstituttet beskriver opioidabstinenser som lignende en influensa, at det sjelden gir behov for innleggelse på sykehus, og *”i sjeldne tilfeller kan en få mer alvorlige symptomer som blodtryksproblemer og diaré/oppkast som varer mer enn to-tre dager”* (Folkehelseinstituttet 2008a).

Nyere forskning vektlegger derimot andre aspekter ved avhengigheten enn toleranse og abstinenser. Avhengighet forstås nå som *”et atferdsmessig syndrom med manglende kontroll, overdreven vektlegging av rusmidelets betydning (incentive salience) i tillegg til neuroadaptasjon (med toleranseutvikling og/eller abstinenssymptomer), men også tvangsmessig bruk til tross for kunnskap om og erfaringer med negative medisinske og psykologiske konsekvenser for bruken”* (Bramness 2010: 1).

3.2.5 Kontroversiell behandling

Metadon har, som vi vil se i *kapittel fire*, vært svært kontroversielt. Mye av motstanden har hatt å gjøre med synet på avhengighet. I dette avsnittet vil jeg kort presentere de sentrale motforestillingene mot å innføre metadonbehandling.

I St.meld. nr. 66 (1975-76) ble narkotikabruk sett på som et symptom på øvrige sosiale problemer. Disse problemene skulle være hovedfokus i behandlingen av narkotikabrukere, ikke selve narkotikabruken (Skretting 2001: 141). Nils Retterstøl har beskrevet den norske holdningen som at man har vært motstandere av *”billige kjemiske løsninger for problemer som i virkeligheten er sosiale og menneskelige problemer, og som i sin tid kan føre til at misbruksstoffer på sett og vis blir sosialt akseptert”* (Stoffmisbruk 6/81: 20). Avhengigheten anses mer som et sosialt enn medisinsk problem: *”Mange brukere synes å være mer avhengige av miljøet enn av stoffet,”* skrev psykiateren Hans Olav Fekjær (1987: 13, sitert i Klingsheim 2002). Under høringsrunden om MiO ble det gjennomgående påpekt at metadon ville være et signal om at man så på narkotikabruk som en sykdom, hvilket sendte signal om at man ikke kunne rehabilitere ”mennesket bak misbrukeren”, men heller skulle medisiner. En metafor som ble brukt var at metadonklienten ble en ”uhelbredelig statsnarkoman” (Skretting 1997a).

Skretting (2007a: 293) oppsummerer hovedmotstanden mot metadon som tredelt:

- a. En sterk tro på nytten av rusfri behandling
- b. En oppfatning om at å gi metadon er å gi opp medmennesker og miste troen på deres evne til å endre kurs
- c. Metadon ble sett på som å henvise personer til livslang avhengighet.

Samtidig var det en sterk frykt for at metadonbehandling skulle ødelegge for det abstinensorienterte behandlingsapparatet, ved å svekke motivasjonen for å bli rusfri (Skretting 1997a). Man var redd at metadonbehandling ville gå på bekostning av dem når knappe ressurser skulle fordeles.

Da metadonprogrammet i Norge kom på plass, ble det i retningslinjer og målsetninger gjort forsøk på å imøtekomme kritikken. Bl.a. ble det slått fast at én av målsetningene var at pasientene på sikt skulle slutte med metadon. Dette var imidlertid, noe som etter hvert viste seg, en særdeles lite realistisk målsetning.³⁹

Ketil Bentzen, som var avdelingsdirektør i Sosialdepartementet, begrunner sin skepsis med, i tillegg til prinsipielle innvendinger, at han trodde det ville bli vanskelig å få til den nødvendige psykososiale oppfølgingen ved siden av tildelingen av metadon.⁴⁰ Han var svært skeptisk til størrelsen programmet ville få og viste til at overalt det er forsøkt, *”[har] metadonprogram hatt en iboende tendens til å ekspandere og bli altomfattende”* (Stoffmisbruk 2/91b).

Selv om noe av kritikken var praktisk orientert rundt hvordan metadontilbudet ville fungere, er det tydelig at de fleste innvendingene er av mer prinsipiell art. Dette kommer frem i innstillingen fra NAVFs ekspertgruppe⁴², der de lister opp argumentene for og mot bruk av metadon i behandlingen av narkotikabrukere (NAVF 1992: 20-21).

Jeg har i dette kapittelet vist at metadonbehandling baserer seg på et syn på narkotikabehandling som er forankret i en medisinsk forståelse av narkotikaavhengighet. Metadonbehandling har en rekke positive effekter, men vil som regel ende opp som en livslang behandling. Dette har vært kilde til mye kritikk om å resignere i kampen for å sikre en fullverdig behandling av narkotikabrukere. Ikke bare i praksis, men også i verdigrunnlag, vil dermed metadonbehandling være en potensiell trussel mot de abstinensorienterte tiltakene. Den prinsipielle karakteren til kritikken av metadonbehandling er viktig å kjenne til om man skal forstå den massive motstanden som lenge eksisterte.

³⁹ Bakgrunnen for dette drøftes mer inngående i kap. 4.4.3, der det argumenteres for at metadonprogrammet ble forsøkt tilpasset det ”gamle regimet” for å tilfredsstille motstanden, selv om det neppe var realistisk. I dag sier Waal at han *”tror at disse formuleringene om rusfrihet og rehabilitering i stor grad ble introdusert for å møte de politiske motforestillingene”* (Intervju med Helge Waal).

⁴⁰ Intervju med Ketil Bentzen.

⁴¹ Bentzen har de samme motforestillingene i et intervju med ham og Helge Waal i 1991. Waal repliserer da at slike mangler ikke har noe med metadon som substans å gjøre. (Stoffmisbruk 2/91b)

⁴² Mer om denne i kap. 4.3.5.

4. Den nasjonale konteksten

I dette kapittelet skal jeg først gi et overordnet bilde av den historiske utviklingen av den norske narkotikapolitikken. En del av momentene vil jeg komme tilbake til i analysedelen, så for denne gang vil jeg forsøke å gi en mer nøktern beskrivelse av hva som faktisk skjedde, og hva som motiverte valgene. Jeg vil så i et eget avsnitt gi en mer oversiktlig presentasjon av hvordan narkotikasituasjonen, dvs. omfanget og arten av narkotikabruk. I neste del vil jeg redegjøre for hvordan prosessen med innføringen av metadonbehandling foregikk, for så i et eget avsnitt gi en mer systematisk fremstilling av de endringene som har skjedd i praktisering, organisering og målsetninger for metadonbehandlingens rolle i det norske behandlingssystemet.

4.1 Narkotikapolitikkens fremvekst og desintegrasjon

Fjær (2005b) har beskrevet hvordan norsk narkotikapolitikk frem til 2000-tallet kan deles inn i tre faser der hver av de tre Stortingsmeldingene om temaet fungerer som ankerpunkter. For å strukturere den historiske fremstillingen støtter jeg meg på denne inndelingen i det følgende, der jeg beskriver den historiske konteksten for og hovedlinjene i den politikken som preget det tiåret politikken ble utformet i.⁴³

4.1.1 Den utformende fasen (St.meld. nr. 66 (1975-76))

Fra ca. 1965 begynte norsk ungdom å eksperimentere med narkotika. Opprinnelig ble den norske narkotikapolitikken formulert som en enhetlig strategi som forente helse-, sosial- og justispolitiske hensyn. Entydighet i narkotikapolitikken var ikke bare et faktum, men også en uttrykt målsetning. Sentralt i arbeidet stod helsedirektør Karl Evang. Politikken bygde på to grunnpilarer, å:

- a. stoppe innførselen av narkotika i samfunnet, og

⁴³ Kapitlene er derfor ikke ment som beskrivelser av innholdet i de aktuelle meldingene, men snarere fungerer meldingene som en markør av essensen i en gitt periode i narkotikapolitikken og dermed et objekt å forankre den historiske presentasjonen i.

- b. styrke den folkelige motstanden mot eksperimentering med og bruk av narkotika (Fjær 2004: 149).

I 1969 ble Sentralrådet for Narkotikaproblemer etablert, under Evangs ledelse⁴⁴. Det bestod av representanter fra de fleste berørte politiske sektorer. Sentralrådet hadde fra starten av en tverrfaglig tilnærming, men ved å gi medisinsk- og folkehelseeksperter høyest autoritet, frikoplet man seg til en viss grad fra øvrige deler av justisvesenet (Fjær 2004: 151-152).

I Straffelovrådets forslag om kriminalisering av bruk av narkotika i 1967 skrives det, med referanse til den svenske sosialmedisiner Nils Bejerots tanker, at *"enhver misbruker av narkotikastoffer [må] [...] betraktes som en potensiell smitterisiko for epidemiens videre utvikling."* (sitert i Valberg 1985: 42). Ideen om narkotikaproblemet som en epidemi og narkotikabrukeren som smittekilde var sentral i utformingen av den norske kontrollpolitikken (Waal 1998: 146).⁴⁵

Debattene i denne perioden var preget av en retorikk som kan beskrives som "krigslignende", der narkotikaen ble oppfattet som en ekstern trussel mot det norske samfunnet. Trusselen var særlig knyttet til bruken blant ungdom. Til tross for at problemene i ettertid må kunne beskrives som relativt begrenset, var oppfatningen en annen da og det var forventet at problemet kunne øke dramatisk. Under en interpellasjonsdebatt i Stortinget 28.5.1969 ble narkotikasituasjonen beskrevet som en *"akutt faresituasjon"*, en *"landsulykke"*, *"en farsott som øker med eksplosiv art"*, en *"flodbølge som er i ferd med å oversvømme vårt land"* og som en *"latent situasjon med fare for brå eksplosjon"* (gjengitt i Bergersen Lind 1974: 41, sitert i Klingsheim 2002: 95).

⁴⁴ Karl Evang gikk av som helsedirektør i 1972, men fortsatte å lede Sentralrådet for Narkotikaproblemer.

⁴⁵ Evang var uenig med Bejerots tanker om "kontaktsmitte", men uenighetene som var internt i Sentralrådet ble ikke kommunisert utad (Fjær 2004: 151). Sosialdepartementet tok senere avstand fra denne smitteteorien i sin mest bokstavelige tolkning, men holdt fast ved noe av prinsippet bak. I St.meld. nr. 66 (1975-76) heter det på side 5: *"Det tas avstand fra en forenklet "smitte-kildeteori" samtidig som det påpekes at den personlige og gruppemessige kontakt har stor betydning når det gjelder spredning av stoffbruk blant unge."*

Den første Stortingsmeldingen om narkotika, St.meld. nr. 66 (1975-76), kom i 1975 og var i stor grad ført i Karl Evangs penn⁴⁶. Den beskriver den norske narkotikapolitikken som balanse mellom kontroll på den ene siden, og forebygging og behandling på den andre. Dette var nært knyttet til den rådende oppfatning, som også var Evangs egen, om narkotikabruk som et produkt av samfunnsforhold, snarere enn noe reelt individuelt valg (Fjær 1994: 149). Som Sosialdepartementet skriver: *”Det er departementet oppfatning at misbruk av avhengighetsskapende stoffer, så vel i yngre som i eldre arbeidsgrupper, hovedsakelig må sees som symptom på personlige, familiemessige og sosiale problemer med derav følgende mistrivsel og mistilpasning.”* (St.meld. nr. 66 (1975-76): 6-7)

Det ble tidlig slått fast at det ikke skulle utvikles noen særomsorg for narkotikabrukere, slik man hadde i alkoholbehandlingen. Ansvar ble lagt under det etablerte helse- og sosialvesenet. Primært ble det en del av psykiatrien, men i tråd med Evangs sosialradikale linje ble det lagt vekt på behandlingstilbud som terapeutiske samfunn, kollektiver og utadrettet virksomhet, som Utekontakten i Oslo (Skretting 2007: 290).

Behandlingsoptimismen stod sterkt i Norge. Skretting (1997b: 133) har beskrevet troen på at en aldri skal gi opp narkotikabrukerne og alltid forsøke å hjelpe dem med å oppnå rusfrihet som *”et bærende element i norsk behandlingsfilosofi”*. Behandlingsoptimismen kan sees i lys av at narkotikabrukerne på dette tidspunktet var forholdsvis unge, samt at man hadde oppnådd relativt gode resultater med behandling (Skretting 2001: 428; Frantzsen 2001: 28).

Parallelt med denne behandlingsoptimismen ble det utformet en kontrollorientert narkotikapolitikk. Selv om Evangs sosialradikalisme i teorien stod i motsetning til en mer straffeorientert tilnærming, så var ikke Evang noen liberaler (Fjær 2004: 148). Bergersen Lind (1974) har beskrevet 70-tallet som en straffeorientert fase. Evang protesterte mot dette, og mente at endringene i legemiddellov og straffelov var en del av en større helsepolitisk⁴⁷

⁴⁶ Blant annet Fjær (2005a) fremhever dette, men også innledningsvis i Stortingsmeldingen står det at *”Under utarbeidelse av meldingen har Sosialdepartementet engasjert tidligere helsedirektør Karl Evang som konsulent”* (St.meld. nr. 66 (1975-76): 3)

⁴⁷ Det folkehelseperspektivet det siktes til her må ikke forstås som det samme som det teknisk medisinske perspektivet som i økende grad kommer inn i narkotikapolitikken nå, ref. Bramness (2010).

mobilisering (Waal 1998: 135).⁴⁸ Fremover skulle imidlertid kontrollpolitikken gå i langt strengere retning, og helsepolitikken skyves i bakgrunnen.

4.1.2 Kontrollpolitikkenes dominans (St.meld. nr. 13 (1985-86))

På slutten av 70-tallet avtok mye av den narkotikapolitiske debatten, og mot inngangen til 80-tallet fikk den restriktive kontrollpolitikken økt dominans i debatten (Fjær 2005: 8). En serie hevinger av strafferammene for narkotikaforbrytelser kulminerer i at Stortinget i 1981 øker den til 21 år, den høyest mulige etter norsk lov. Det er på 80-tallet at Stortinget, i forbindelse med St. meld. Nr. 13 (1985-86) *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken*, vedtar at et *narkotikafritt samfunn* skal være målet for Norges narkotikapolitikk.⁴⁹ Dette var et mål som Norge hadde sluttet seg til tidligere. På et møte 19.2.1982 slo Sosial-, Helse- og Justisministrene fra Norge, Sverige og Island⁵⁰ fast at de ønsket en felles narkotikapolitikk for å gjøre Norden til et område uten narkotika (Stoffmisbruk 3/82).

Willy Pedersen var da nyansatt i Sosialdepartementet, og ble satt til å arbeide med Stortingsmeldingen. Selv om Leif Arne Heløe var sosialminister, var det statssekretær Astrid Nøklebye-Heiberg som var mest aktiv på dette området. Hun ga da beskjed om tre ting som var viktige i narkotikameldingen: Viktigheten av de frivillige tiltakene skulle fremheves; Høyre var opptatt av trygghet, derfor var kontrollpolitikken viktig; og, sist, det skulle – etter ordre fra Finansdepartementet – ikke koste penger (Pedersen 2010).

Kontrollpolitiske styrkelser innebar bl.a. at fengselsvesenet fikk ta i bruk nye overvåkningsmetoder, det ble gitt økte midler til politiet, samt nye og videre fullmakter, samt det ble åpnet for nye etterforskningsmetoder (Stoffmisbruk 2-3/85: 6). Det ble drøftet å åpne

⁴⁸ Ref. diskusjon av komplementaritet mellom den sosialpedagogiske og justispolitiske tilnærming til narkotikapolitikken.

⁴⁹ Denne formuleringen hentet Willy Pedersen (2010) hentet fra Sverige, og når han la den frem for Torbjørn Mork, Astrid Nøklebye-Heiberg og Helge Waal var de enige om at den skulle brukes. Waal (2010) påpekte at han var mer kritisk, og understreket at det godt kunne være en rettesnor, men ikke måtte oppfattes som en reell målsetning.

⁵⁰ Finland var representert kun med embetsmenn.

for romavlytting, med forslaget falt på Høyres landsmøte i 1985 med knapp margin. Justisminister Mona Røkke stemte for (Stoffmisbruk 2-3/85: 10).⁵¹

Selv om kontrollpolitikken styrkes på 80-tallet er det naturlig å se på dette som en videreutvikling av den etablerte politikken. Det bryter ikke den kursen norsk narkotikapolitikk har vært inne i, og som nevnt så Evang kontrollpolitikken som en sentral del av en helhetlig innsats mot narkotikaproblemer. Selv om kontrollinnsatsen ble fremhevet i retorikk og styrket i praksis, ble det fremhevet behov for en bred innsats som involverte behandling og forebygging. Dette kommer bl.a. frem i Regjeringens Aksjonsplan mot narkotikaproblemene, som ble lansert i forbindelse med statsbudsjettet for 1983 (St.prp. nr. 1 (1982-83)) (Stoffmisbruk 8/82).

Med en langt sterkere betoning av krigsmetaforene, inspirert bl.a. av USAs *war on drugs*, er dette blitt beskrevet som en ny fase av narkotikapolitikken (Waal 1998: 137). Denne tankegangen, mener Waal, baserte seg på andre premisser enn dem som hadde styrt norsk narkotikapolitikk: solidaritet og folkelig motstand.⁵² Waal peker på at den økte opptrappingen av krigsretorikk var en konsekvens av at i møte med et økende problem ble ikke den tidligere politikken oppfattet som effektiv nok (Waal 1998: 137).

Stortingsmeldingen inneholder en kort drøfting av ulike forståelser av avhengighet, men oppsummerer med å si at de ikke vil gå dypt inn i slike *"terminologiske problemer"* og slår fast at *"Med "narkotikamisbruk" forstås all illegal ikke-medisinsk bruk av disse stoffene"* (St. meld. nr. 13 (1985-86): 18).

På midten av 80-tallet økte frykten for en AIDS-epidemi. Per 1985 hadde ingen misbrukere i Norge fått sykdommen, men smittestoffet var i miljøet og en liten gruppe hadde fått HIV. Det var med støtte i amerikanske tall fremhevet at miljøer der narkotika ble injisert hadde særlig høy smittetakt. Det ble påpekt at mange injiserende narkotikabrukere hadde seksualpartnere som ikke brukte narkotika, og førstnevnte ble derfor et bindeledd mellom risikogruppene og

⁵¹ Til Stoffmisbruk sa Røkke: *"Min tro er at forbryterne ligger langt foran oss. [...] Det er vel neppe noen som vil hevde at myndighetene ikke skal ha redskap"* (Stoffmisbruk 2-3/85: 7)

⁵² Som jeg viste i kap. 3.1.1 er det riktignok en påfallende komplementaritet i politiske strategier mellom kontroll- og behandlingsideologiene, tross forskjellig verdibase.

samfunnet for øvrig (Stoffmisbruk 4/85). I St.meld. nr. 13 (1985-86) er AIDS-epidemien kommet inn i drøftelsene. Skadereduserende tiltak som botemiddel drøftes ikke verken i Stortingsmeldingen eller i debatten i Stortinget (Fjær 2005a: 12-13).

I Danmark ledet fryktet for HIV-smitte til at det ble tatt grep for å øke tilgjengeligheten av sprøyter, men innsats her lot vente på seg i Norge. I Stoffmisbruks spalter ser vi i 1987 økende oppmerksomhet om sprøytemangel blant narkotikabrukerne (Stoffmisbruk 4/87a). Høsten 1987 var det fortsatt verken sprøytautomater eller sprøytebytteordninger i Oslo, og apotektilgangen var begrenset (Stoffmisbruk 4/87a). I 1988 gikk helsedirektøren, Torbjørn Mork, inn for å bedre sprøytetilgangen for narkotikabrukere – i strid med hva Stortingets sosialkomité ønsket.⁵³ Ett år senere var imidlertid både sprøyteautomater og den såkalte Sprøytebussen vel på plass, og i 1989 hadde sistnevnte 35 000 besøk, og delte ut 241 000 sprøyter i Oslo (Stoffmisbruk 1/90a). En senere artikkel om utviklingen av HIV- og AIDS-smitte blant norske narkotikabrukere oppsummerte med å skrive at *”Muligens kunne epidemien ha kulminert tidligere og flere tilfeller vært unngått, dersom sprøytetilgangen hadde vært bedre i epidemiens første år.”* (Aavitsland m.fl. 1997: 25)

Det var AIDS-epidemien som brakte spørsmålet om metadonbehandling tilbake i norsk offentlighet (Waal 1986: 58), men dette vil jeg komme tilbake til i kap. 4.3.

4.1.3 Usikkerhet og utvanning (St.meld. nr. 16 (1996-97))

Ved inngangen til 90-tallet ble det stadig mer åpenbart at den førte narkotikapolitikken ikke klarte å løse de fremvoksende problemene godt nok. Særlig skulle fokus på overdosedødsfall, helsetilstand og generell elendighet blant narkotikabrukerne prege debattene. Man ble mer opptatt av resultatene fra behandlingstiltakene (Stoffmisbruk 1-2/92), og det ble etter hvert klart at resultatene ikke var spesielt oppløftende (Ravndal 1993). Etter hvert skulle flere kritiske synspunkter komme til orde i debatten om narkotikapolitikken, og de vi entret 90-tallet pågikk flere større debatter. Blant dem var en debatt om liberalisering av politikken generelt, og mer spesifikke debatter om straffnivået, avkriminalisering av bruk/besittelse og, ikke minst, metadonbehandling.

⁵³ Se Stortingets spørretime 23.11.1988, spørsmål fra representanten Anne Lise Høegh, H.

I St. meld. nr. 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken* drøftes liberaliseringsdebatten for første gang. Det kommer imidlertid ingen nye politiske signaler. Det fremheves som motargument at det vil ha en uheldig signaleffekt i forhold til hvilket alvor samfunnet tillegger narkotikaproblemene. Det antas at liberalisering vil øke tilbudet og etterspørselen etter narkotika. Linjen i narkotikapolitikken består, og de viktigste punktene i Stortingsmeldingen kan oppsummeres som: satsning på forebygging, å begrense omsetting og misbruk, bedre behandling (tilpasset den enkelte), og styrket internasjonalt arbeid mot narkotikaproduksjon, -handel og -bruk.

Det tas likevel et slags oppgjør med visjonen om et "narkotikafritt samfunn", i form av en moderert formulering. Der står det at det er *"...viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede målet, og arbeide fram mot et samfunn fritt for narkotika"* (St.meld. nr. 16 (1996-97): 9), men presiseres at det *"er ikke realistisk å tro at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid"* (St.meld. nr. 16 (1996-97): 16).

Selv om skaderedusering ble tatt inn i narkotikapolitikken i Norge gjennom sprøyteutdeling og en rekke velferdstiltak rettet mot narkotikabrukere, så skulle det ikke umiddelbart lede til noen endringer i narkotikapolitikkens hovedlinjer. Som Ervik (1994: 9) skriver: *"I Norge har skadereduserende tiltak blitt opprettholdt, uten at det har gått på bekostning av tradisjonelle behandlingstiltak med rusfrihet som mål."* Derimot gjensto den mest signifikante endringen i narkotikapolitikken på 90-tallet: innføringen av metadonbehandling. Etter en lang prosess og et treårig forsøksprosjekt i Oslo, ble det vedtatt å gjøre metadonbehandling til et permanent og landsdekkende tilbud med St.meld. nr. 16 (1996-97).

4.1.4 Medikalisering og skaderedusering

Fra slutten av 90-tallet og utover skulle helsesektoren få gradvis mer og mer ansvar for rusomsorgen (Skretting 2007a). Dette skiftet mot en mer medikalisert tilnærming til narkotikabruk og -brukere representerer et stort linjeskifte i narkotikapolitikken. Fra å tidligere være sett på sosialtjenestens ansvar, blir problemer hos narkotikabrukere i økende grad sett på som et ansvar for helsetjenesten (Skretting 2007a: 312).

Det kanskje viktigste som har skjedd på feltet siden forrige Stortingsmelding var Rusreformen. Den slo fast at fra 1.1.2004 skulle staten ta over ansvaret for behandlingen av narkotikabrukere, ved at dette ansvaret ble tatt fra fylkeskommunen og gitt til spesialisthelsetjenesten.⁵⁴ Med Rusreformen ble det slått fast at lov om pasientrettigheter skal gjelde for narkotikabrukere.

Dette betydde dog ikke at det ble fulgt opp i praksis. Riksrevisjonens Dok.nr. 3:12 (2004-2005) slo fast at narkotikabrukere ikke fikk den hjelp, oppfølging og de tiltak som de har krav på. En rapport fra Helsetilsynet (2005) dokumenterte at særlig tunge rusmiddelbrukere får et mangelfullt helsetilbud. Der heter det at de, etter Rusreformens fastslåing av deres pasientrettigheter, *"ikke får innfridd retten til nødvendig helsehjelp"* (Helsetilsynet 2005: 6).

Siden 1999 har en rekke offentlige lavterskeltilbud blitt etablert over hele landet. I desember 2004 vedtok Stortinget å tillate en prøveordning med sprøyterom i Oslo. Dette er eksempler som viser hvordan politikken beveger seg i en stadig mer skadereduserende linje, der det vektlegges at man skal tilnærme seg brukernes levde virkelighet, og gjøre den enklere. Sprøyterom skiller seg fra metadonbehandling ved utelukkende å fremheve skadereduserende målsetninger, der metadontilbudet hadde i seg, formelt sett, en målsetning om å bidra til behandling og rehabilitering.

På 2000-tallet valgte regjeringen å modifisere noe av den harde linjen som var tatt tidligere, og slo blant annet fast at de ønsket *"en rusmiddelpolitikk som bedre forebygger at rusmiddelproblemer oppstår, og som sikrer effektiv behandling, god rehabilitering og tilstrekkelig skadereduksjon for personer med rusmiddelproblemer."* (Sosialdepartementet 2002: 5). Målsetningen om det narkotikafrie samfunn ble utvannet ytterligere, ved at man valgte å skille mellom visjon og målsetninger, og skrev: *"Regjeringen fastholder at idealet narkotikapolitikken streber mot, er et samfunn fritt for narkotika og dette inngår som en del av Regjeringens visjon."* (Sosialdepartementet 2002: 13) Denne visjonen var kort og godt *"frihet fra rusmiddelproblemer"*, men, det ble det lagt til at: *"Hovedmålet for*

⁵⁴ Rusreformen kan sees som en konsekvens av Sykehusreformen, som fra 1.1.2002 overførte ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunen til staten. Rusreformen skulle også være en respons på behovet for behandlingstjenester blant narkotikabrukere (Skretting 2007: 298).

rusmiddelpolitikken er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk.” (Sosialdepartementet 2002: 7).

4.2 Narkotikasituasjonen

Reuband (1998) har vist at nivået på narkotikabruk i forskjellige land ikke forklares entydig av verken restriksjoner eller liberal politikk, men at geografi og kulturelle forhold synes viktigere. Waal (1998: 141-142) advarer derfor mot å bruke vårt nivå på narkotikabruk som mål på politikkenes suksess. Sammenlignet med andre land har Norge hatt relativt begrensede narkotikaproblemer. Dette kan dels forklares med at vi i Norge generelt har et lavt forbruk av andre rusmidler, som alkohol og beroligende midler (Skretting 1997b: 111).⁵⁵

Statens institutt for Alkohol- og Narkotikaforskning, SIFA, startet i 1968 å gjennomføre undersøkelser av narkotikabruk. De viste en tilsynelatende dramatisk økning av narkotikabruk på tidlig 70-tall, etterfulgt av stabilisering. Utviklingen syntes lik for harde stoffer som amfetamin og LSD, som for lettere stoffer som cannabis. I denne perioden lå heroinbruk svært lavt, og aldri stort mer enn 1 pst. av de undersøkte (Fjær 2004: 145). Økningen hadde altså dempet seg når det økte fokuset på kontrollpolitikken kom på 80-tallet (Waal 1998: 138).

Ved utgangen av 80-tallet ble antallet injiserende narkotikabrukere antatt å ligge mellom fire og fem tusen (Skog 1990, referert i NOU 2003:4: 28), på bakgrunn av dødelighetstall og politiets arrestasjonsmateriale. På litt over ti år skulle dette tallet doble seg. Rapporter fra utarbeidere kunne på midten av 90-tallet antyde at det var en økning (Skretting 1997b: 121). Det ble derfor gjort nye anslag, og i 1999 ble det anslått at antallet lå mellom ni og tolv tusen injiserende narkotikabrukere (Bretteville-Jensen og Ødegård 1999). Det er antydnet at siden år 2000 er det rundt 85 pst. av disse injiserer heroin (Bretteville-Jensen 2005, referert i Amundsen og Bretteville-Jensen 2010: 92). 90-tallet var preget av at man så økende gjennomsnittsalder blant brukerne (Waal 1998: 144).

⁵⁵ Det blir å spekulere å si noe om en direkte kobling mellom forbruket av alkohol og narkotika, men det kan likevel påpekes at den skarpe økningen i narkotikabruk i siste halvdel av 90-tallet også var ledsaget av en økning i alkoholforbruket (NOU 2003:4: 28).

Tidlig på 90-tallet foregikk det internasjonale endringer, særlig i Sentral- og Øst-Europa, som skulle få konsekvenser for narkotikamarkedene våre. I løpet av første halvdel av 90-tallet så man da en ganske dramatisk økning i politiets beslag av heroin. De fleste beslagene var små, men store beslag sørget for at den totale mengden økte fra 9,9 kg heroin beslaglagt i 1991, til 74,1 kg beslaglagt i 1996 (Skretting 1997b: 118-120). Heroindistribusjonen i Norge har utviklet seg fra å være dominert av brukerstyrte nettverk på 70-tallet til at flere og mer profesjonaliserte miljøer konkurrerer om markedsdominans (Smith-Solbakken og Tungland 1996: 236). Fra 1993 til 2004 ble prisen på heroin på gaten i Oslo redusert med hele 70 pst. Det skulle gi økt forbruk blant de som allerede var narkotikabrukere (Bretteville-Jensen 2005). Fra 1994-96 til 2006-08 har månedlig konsumert mengde heroin i snitt økt fra 14,3 gram til 22,0 gram (Amundsen og Bretteville-Jensen 2010: 92).

De siste tallene man har er fra 2007, og anslår at det er mellom 8 600 og 12 600 injiserende narkotikabrukere i Norge, med heroin som det primære stoffet for 85 pst. av dem. Dette anslaget har vært relativt konstant siden 2003, og noe av forklaringen på det knyttes til at mange er gått inn i LAR-systemet (Amundsen og Bretteville-Jensen 2010: 92)

Opprinnelig var narkotikabruk, og særlig heroinbruk, et Oslo-fenomen. Dette har imidlertid endret seg, og siden 1990 har heroinbruken spredd seg utover i landet (NOU 2003:4: 28). De andre store byene, Bergen, Trondheim og Stavanger, har økt sine andeler av narkotikaproblemer knyttet til heroin, men først og fremst er det de øvrige distrikter som har økt sine relative andeler (Ødegård m.fl. 2002: 116).

Heroin skiller seg fra stoffer som amfetamin, ecstasy og andre nye stoffer ved at bruken henger tett sammen med sosiale og personlige problemer. For sistnevnte stoffer har eksperimentell bruk vært mer typisk (Skretting 1997b: 131).

4.3 Metadonets vei inn i norsk narkotikapolitikk

Synet på metadon i norsk narkotikapolitikk har endret seg dramatisk, og det i løpet av ganske kort tid – fra å være et ikke-tema til rundt midten av 80-talle, til et kontroversielt tiltak på starten av 90-tallet, og til i starten av det nye årtusenet å være den klart dominerende

behandlingsformen for narkotikabrukere. I dette kapittelet vil jeg gi et historisk tilbakeblikk på metadonets rolle i norsk narkotikapolitisk debatt. Mer detaljerte aspekter rundt endringer i metadonbehandlingens organisering og målsetninger vil jeg komme tilbake til. I denne delen er formålet å gi et bilde av de politiske prosessene, debatten rundt og hvordan de ble påvirket av utviklingen på narkotikafeltet

4.3.1 Historisk erfaring

Offentlig styrt behandling av metadon ble først forsøkt ved Dikemark sykehus i 1971-72. Resultatene svarte ikke til forventningene og programmet ble lagt ned (Frantzsen 2001: 27). Tidlig på 70-tallet drev privatpraktiserende leger med utskrivning av metadon. Dette var såkalte ”ventedoser”, som skulle hindre abstinenser mens narkotikabrukere ventet på innleggelse på sykehus (Stoffmisbruk 6/81: 20). Det var i perioden 1970-74 en stor økning i forskrivning av metadon, noe som bekymret myndighetene.⁵⁶ Det ble avslørt at legene manglet kontroll over nivået på dosene som ble skrevet ut (Hallgrimsson 1976: 1732, referert i Frantzsen 2001: 27). Det ble derfor sendt et brev fra Helsedirektoratet som sa at praksisen ikke ble ansett som faglig forsvarlig. Likevel økte forskrivningen. 1.7.1976 satte derfor Helsedirektoratet stopp for privat forskrivning av metadon, og slo fast at dette kun skulle brukes som smertebehandling i sykehus. Dette ble først og fremst begrunnet med at målet for behandling av narkotikabrukere skulle være full frihet fra narkotika. (Skretting 2001: 141; ref. Hallgrimsson 1980). Dette vedtaket fikk relativt dramatiske konsekvenser for mange som hadde fått metadon, men nå mistet dette ganske plutselig;. Metadon er mer avhengighetsdannende enn heroin. Alternativet for disse ble, om de ikke klarte avrusningen, å vende tilbake til narkotikabruk, og i flere tilfeller liv på gaten (Frantzsen 2001: 30-). Ketil Bentzen, som da jobbet i Helsedirektoratet, beskriver det slik:

”Det førte til en del veldig ulykkelige skjebner, og jeg husker at jeg fikk flere telefoner fra folk som jo hadde fungert godt i mange år på en liten dose metadon [...]. Da var det likevel ikke anledning til å gi noen dispensasjon, men man fant vel en eller annen type ordning for noen...”⁵⁷

⁵⁶ Intervju med Ketil Bentzen

⁵⁷ Intervju med Ketil Bentzen

I St.meld. nr. 66 (1975-76) eller St.prp. nr. 138 (1978-79) refereres det kort til metadonbehandling, men slås fast at dette er noe man ikke har gode erfaringer med fra de stedene det er forsøkt. Dette var et noe fortegnet bilde av situasjonen, ettersom man hadde relativt gode erfaringer (Blindheim 2010), bl.a. fra Ulleråkerprogrammet i Sverige (Stoffmisbruk 6/86). Det avgjørende var en avvisning av sykdomsmodellen for avhengighet, og fra det utledet man at det ikke var hensiktsmessig med noen medikamentell behandling.

4.3.2 "Den store tausheten"

Perioden som skulle vare frem til 1985 er blitt kalt "den store tausheten" (Blindheim 2010). I denne perioden var det svært lite debatt om metadonbehandling. Blant politikere på Stortinget var det ikke et tema i det hele tatt (Klingsheim 2002: 57). I St.meld. nr. 13 (1985-86) blir ikke metadonspørsmålet engang diskutert.

I Stoffmisbruk er det knapt noen artikler om temaet i denne perioden. De gangene temaet kom opp var det sterk motstand. I forbindelse med at Europarådet skulle diskutere behandling av narkotikabrukere skrev norske helsemyndigheter i 1980 følgende i en uttalelse:

"Vi kan ikke se at det fins noen indikasjoner for bruk av narkotika til behandling av narkomane, spesielt ikke ved vedlikeholdsbehandling eller nedtrapping. [...] ... narkotiske midler brukt i nedtrappingsøyemed [blir erfaringsmessig] et supplement til annet stoffbruk. [...] Det er bred enighet så vel blant behandlere og myndighetene, at narkotiske stoffer i nedtrappingsøyemed må erstattes med menneskelig kontakt sammen med konkrete atferdskorrigeringstiltak." (Stoffmisbruk 1/81).

Nils Retterstøl tar opp temaet i spalten sin *Informasjonsbanken*, men oppsummerer med å beskrive den norske holdningen: "*Man har [i Norge] vært i mot billige kjemiske løsninger for problemer som i virkeligheten er sosiale og menneskelige problemer.*" (Stoffmisbruk 6/81). I Stoffmisbruk 3/83 tok daværende redaktør Tore Hoel opp temaet, og går i nokså kraftig ordelag ut mot ideene bak metadonbehandling (Stoffmisbruk 3/83). Det er ingen innlegg som tar til motmæle mot lederen.

Martin Blindheim fortalte om da han kom inn som redaktør av Stoffmisbruk at han ble fortalt om metadon av legen Georg Pettersen. Han tok opp temaet i Sentralrådet for

Narkotikaproblemer, som Torbjørn Mork da ledet. Reaksjonene han møtte der oppsummerer han som å ha vært: *"Dette er ikke aktuell politikk. Dette er det ingen grunn til å snakke om"*.⁵⁸

4.3.3 AIDS-epidemien bringer metadon tilbake

Det var HIV/AIDS-problematikken som igjen brakte metadon på banen i norsk offentlighet. Det var begynt å ulme under overflaten, så Helsedirektoratet, med helsedirektør Torbjørn Mork i spissen, satte i januar 1986 ned en ekspertgruppe for å drøfte metadonbehandling. Ekspertgruppen gikk inn for metadonforskrivning til narkotikabrukere med AIDS, men i spørsmålet om generell bruk av vedlikeholdsbehandling var de splittet (Skretting 1997a: 9).

Rapporten deres, *Metadonspørsmålet i lys av AIDS-epidemien*, ble aldri offentliggjort. Dette var Torbjørn Morks beslutning.⁵⁹ Et utdrag fra Helge Waals mindretallsinnstilling ble imidlertid offentliggjort kort etter i Stoffmisbruk: *"Vi tilrår at særlig utvalgte klienter, som er [HIV-smittet] eller i risikozonen, bør kunne tilbys metadonvedlikeholdsbehandling – sammen med et tilpasset ressursrikt rehabiliteringstilbud."* (Stoffmisbruk 4/87c)

I en artikkel i Stoffmisbruk senere i 1986 tar Waal igjen til orde for å drøfte metadonbehandling i lys av AIDS-problematikken. Han oppsummerer en rekke positive forskningsbaserte resultater om behandlingen, med vekt på skadereduserende effekter. Waal erkjenner at et program med metadonbehandling vil bryte med den rådende narkotikapolitikken. Waal tar også til orde for at påvist smitte ikke skulle være et kriterium, så lenge man var i risikogruppen, som var *"kjernen av svært kurvanskelige heroinister"* (Waal 1986: 59).

I april 1986 ba privatpraktiserende leger Helsedirektoratet om tillatelse til å gi metadon til narkotikabrukere. Begrunnelsen var risiko for AIDS-smitte ved sprøytebruk og øvrig mangel på behandlingstilbud. Kontorsjef ved Helsedirektoratet, Hilde Lundebø, refererte da til ekspertgruppens arbeide, men presiserte at hun selv var motstander av metadon, som hun

⁵⁸ Intervju med Martin Blindheim

⁵⁹ Dette sies i intervju med Martin Blindheim og intervju med Helge Waal. Waal sa: *"Vårt inntrykk var at Mork ikke likte den, og at den derfor ikke førte til noen konsekvenser"*

omtalte som en ”...*lettvint pseudoløsning [...] fra enkelte grupper som tror det vil hindre AIDS-spredning...*” (VG 3.4.1986). Anne Lise Middelthun i Sentralrådet for narkotikaproblemer avviste senere at metadon var blitt foreslått for å hindre spredning av AIDS, og mente det kun var snakk om i visse tilfeller å gi det til brukere som var smittet. Hun beklaget at Waals standpunkter fikk oppmerksomhet i media som et forslag om å innføre metadonbehandling for å hindre smitte (NTB 6.11.1986).

I siste halvdel av 80-tall ble det rapportert om mer legemidler i omløp, noe politiet tolket som at legenes utskrivningsrutiner hadde blitt løsere. For enkelte HIV-smittede var det mulig å få metadon fra privatpraktiserende leger. Restriksjonene fra 1976 ble omgått ved å starte behandling i sykehus. Det var blitt åpnet for å ordinere metadon til pasienter med kreft, men det var ingen kontroll med legene med hensyn til hvilken diagnose som begrunnet utskrivning (Stoffmisbruk 4/87d: 43). Eksistensen av denne praksisen skulle legge press på myndighetene for å få metadonforskrivningen inn i ordnete former.

4.3.4 HIV-Met kommer på plass

En ordning med metadontilbud til HIV- og AIDS-smittede narkotikabrukere kom etter hvert på plass. Waal, som da jobbet ved Akuttinstitusjonen for stoffsmisbrukere, og Johan Brun ved Infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål, ble enige om at de ønsket å stabilisere disse brukerne med metadon. Waal beskriver prosessen slik: ”... *vi spurte ikke. Vi informerte Helsetilsynet om det, og de arrangerte et møte... [...] [Vi] informerte om en praksis som vi mente var medisinsk nødvendig – og det ble akseptert uten protester.*”⁶⁰

Så sent som i 1989 avviste Mork ideen om metadonbehandling og mente at det ikke ville være noen løsning på HIV/AIDS-problematikken (Stoffmisbruk 4/89: 5).

Helsedirektoratet sendte i 1991 ut en ny veileder om metadon i lys av HIV/AIDS-problematikken. Der tas det avstand fra å starte noe norsk metadonprogram, men åpnes eksplisitt for å utskrive metadon til personer med alvorlige medisinske problemer, som immunsvikt. Målsetningene med dette var å stabilisere narkotikabrukerne; mindre

⁶⁰ Intervju med Helge Waal

sprøytebruk og forebygge smitte; få kontakt med brukerne og bistå med andre problemer, samt gi mulighet for medisinsk behandling; og, gi en verdig avslutning på livet for de sykeste (Waal 1991: 26-27). Dette ble altså ikke tolket som et program for vedlikeholdsbehandling. Blant annet presiserte Torbjørn Mork (1991: 91) at ”...*dette opplegget i det vesentlige har en medisinsk begrunnelse.*” Til tross for at dette ble fremstilt som et unntakstiltak, gir Ketil Bentzen en betegnende oppsummering: ”*Da hadde man på en måte gått over en terskel.*”⁶¹

I mai 1991 vedtok Oslo kommune å sette i gang et ettårig prøveprosjekt med metadontildeling til HIV-smittede med alvorlig immunsvikt. Dette var en videreføring av et tilsvarende tiltak for seks pasienter som hadde vart et års tid. Det ble antatt at 10-20 personer som tilfredsstilte de medisinske kriteriene ville ønske seg til programmet (Stoffmisbruk 3/91:29). 23 pasienter ble inkludert i prosjektet. Det fikk navnet *Metadonbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt*, men ble kjent som HIV-Met. I desember 1992 vedtok Oslo bystyre å videreføre prosjektet for en treårsperiode, og utvidet til ca. 50 pasienter fra 1993. I evalueringen av prosjektet fremkom en rekke positive resultater: lengre overlevelse, bedre livskvalitet, ingen overdosedødsfall, nedsatt sykелighet og bedre oppfølgningsevne (Welle-Strand 1995: 7).

Til tross for at HIV-Met kom på plass i Oslo, og fikk en positiv evaluering, var det fortsatt motvilje mot å gjøre tilbudet landsdekkende. I 1996 var det 37 AIDS-syke og 167 HIV-smittede narkotikabrukere hadde ikke noe tilbud. Sosial- og helsedepartementet hadde ingen planer om å rette opp dette før Stortingsmeldingen skulle behandles (Stoffmisbruk 1/96a: 3). På lederplass omtalte Stoffmisbruk dette under overskriften ”*En nasjonal skandale*” (Stoffmisbruk 1/96b: 2). Vi ser her at de prinsipielle innvendingene er tilsidesatt og man har tillatt et prosjekt som det er klart at hjelper målgruppen, men likevel ønsket ikke myndighetene å gi tilbudet til alle som de visste at kunne ha nytte av det. Metadon ble godtatt, ikke omfavnet.

⁶¹ Intervju Ketil Bentzen

4.3.5 Et forsøksprosjekt tar form

Når vi entret 90-tallet kom media i større grad på banen i metadonspørsmålet. Det var da Per Sundby gikk ut med støtte til metadonbehandling i november 1991 (Dagbladet 4.11.1991) at medienes dekning av metadonspørsmålet ”eksploberte” (Skretting 1992b: 12). Da fikk narkotikabrukerne en mer fremskutt rolle, og i dekningen av metadonspørsmålet var de oftere kilde for avisene enn tidligere. Overdosedødsfall begynte å legge premisser for metadondiskusjonen. (Stoffmisbruk 3/92: 68).

Fraværet av metadonbehandling ble kritisert av lege Marit Skogstad fordi man i praksis så at leger hadde mulighet til å forskrive det, men uten noen form for oppfølgingsansvar (Stoffmisbruk 1/90b). Legenes praksis la press på myndighetene.

26. – 27. november arrangerte Rådet for medisinsk forskning i Norges Allmennvitenskaplige Forskningsråd, ved Komiteen for medisinsk teknologivurdering konferansen ”Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler”. Ved åpningen av konferansen påpekte sosialminister Tove Veierød at det var *”Narkotikamisbruk og de tragiske følger av overdoser”* som hadde aktualisert konferansen (Veierød 1991: 81). Formålet med konferansen var *”å belyse dette viktige tema så bredt som mulig, få frem faglige uenigheter og gjennom drøftelser komme frem til en anbefaling av praktisk nytte i behandlingen av stoffavhengige.”* (NAVF 1992: 3). Det var NAVF selv som tok initiativ til og stod for gjennomføring av konferansen (Veierød 1991: 84).

Det ble nedsatt en ekspertgruppe, ledet av Jørg Mørland, som skulle legge frem en anbefaling. Den kom i mars 1992, og konkluderte med følgende: *”En totalvurdering som legger hovedvekten på foreliggende forskningsresultater, og som i tillegg vektlegger etiske og sosialpolitiske betraktninger, gjør at vi vil anbefale at man i Norge starter et forsøksopplegg med metadon for strengt selekterte individer...”* (NAVF 1992: 22). Målet med forsøket var å finne tut om *”vi f eks [kan] oppnå klare effekter med hensyn til dødelighet, sykелighet og stabilitet slik man har sett andre steder?”* (NAVF 1992: 22)

Når ekspertgruppen la frem sin innstilling ga både Mork, Veierød og Bentzen, som da var spesialrådgiver for Regjeringen, sin støtte til opprettelsen av et prosjekt, til tross for at samtlige hadde vært motstandere året før (Stoffmisbruk 4/92)

Samme år, i 1992, ba Sosialdepartementet Oslo Kommune være vertskap for et 3-årig og strengt regulert forsøksprosjekt med metadonbehandling. Det var et nasjonalt forsøksprosjekt og ble statlig finansiert. Statens institutt for Alkohol- og Narkotikaforskning, SIFA, fikk i oppdrag å evaluere forsøket.

Helge Waal ble bedt av Sosialdepartementet om å lage en skisse til forsøksprosjekt, og rapporten hans ble lagt frem i mai 1992. Målgruppen defineres som de som *”ikke lenger med rimelighet kan sies å få meningsfulle tilbud gjennom de ordinære tiltakene og som likevel trenger behandling”* (Waal 1992: 50). I juni 1992 erklærte Sentralrådet for narkotikaproblemer en enstemmig støtte til et forsøksprosjekt, dog under tvil (Stoffmisbruk 5/92a). Etter en høringsrunde ble det lagt frem et prosjekt som ble beskrevet som et kompromiss mellom det opprinnelige forslaget og innvendingene fra tiltaksapparatet. (Stoffmisbruk 5/92b).

Når prosjektet ble startet hadde det de strengeste inntakskriteriene blant noe metadonprogram som eksisterte da (Ervik 1997: 7).⁶² Det ble bl.a. satt en aldersgrense på 30 år, og stilt krav om dokumentert antall år med heroinmisbruk samt tidligere forsøk på rusfri behandling.

De nødvendige politiske vedtak var fattet til februar 1993, men å starte prosjektet, som fikk navnet Metadonprosjektet i Oslo, MiO, skulle ta lenger tid. Dette skyldtes først og fremst vanskeligheter med å rekruttere personell og ledelse, samt problemer med å finne passende lokaler.⁶³ Inntaksprosessen ble svært treg, og strakk seg over mer enn to av de tre planlagte årene for prosjektet (Skretting 1997a: 39). Prosjektet ble utsatt. Det frustrerte ikke minst brukerne selv, som hadde enorme forventninger til prosjektet (Frantzen 2001: 66). Opposisjonen i Oslo bystyre kritiserte byrådet for prosessen, og antydte i kritikken at byrådet

⁶² Inntakskriteriene og utviklingen av disse skal drøftes nærmere i kap. 4.5.

⁶³ Denne prosessen er grundigere beskrevet i Skretting 1997a, kap. 3. En typisk ”not in my backyard” kontrovers utspilte seg også rundt de planlagte lokaler i Bygdøy Allé. Det var politisk vedtatt at lokalene skulle ligge på vestkanten.

trolig hadde lite til overs for prosjektet (Skretting 1997a: 27). Først høsten 1994, over et og et halvt år på overtid, var prosjektet i gang.

I Norge var motstanden mot et metadonforsøk sterk blant de abstinensorienterte behandlingstiltakene (Skretting 1997a). Dette til forskjell fra Danmark, der det øvrige behandlingsapparatet hadde støttet et metadonforsøk fordi de regnet med at konklusjonen ville bli at metadon var ubrukelig (Stoffmisbruk 2/91d). Skretting (1997a) dokumenterer hvordan mye av motstanden i behandlingsapparatet dempet seg i perioden MiO var i gang, og skriver at ”det er vanskelig å finne noen enhetlig forklaring på hva som er grunnlaget for at holdningene er snudd fra å være klart negative eller skeptiske, til at det nå stort sett er en overveiende positiv innstilling til vedlikeholdsbehandling med metadon” (Skretting 1997a: 69). Ettersom ett av kriteriene MiO skulle vurderes etter var ringvirkningene for behandlingsapparatet, er den økte støtten der verdt å merke seg.

4.3.6 Norge innfører metadonbehandling

Formelt sett skulle en grundig evaluering av MiO være retningsgivende for videre avgjørelser om metadon. En omfattende evaluering ble bestilt, og resulterte i rapportene Ervik (1997), Ravndal og Vaglum (1997), Skretting (1997a) og Frantzsen (1997). Tanken var hele tiden at evalueringenes konklusjoner skulle være bestemmende for om metadonbehandling skulle bli et permanent tilbud. Likevel valgte Stortinget å gjøre det til et permanent, landsdekkende tilbud før evalueringene var publisert, i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 16 (1997-98). I Stoffmisbruk 2/97 er det en rekke personer fra forskjellige deler av narkotikafeltet som uttaler seg om Stortingsmeldingen. Det er lite spor av kontrovers rundt metadonbehandling i kommentarene.

I stortingsmeldingen het det at det ”*anslås at det på landsbasis bør dimensjoneres for 200-250 pasienter*” (St.meld. nr. 16 (1996-97): 20) Det ble slått fast at det var inntakskriteriene som skulle bestemme størrelsen på programmet. Noe tak ble ikke satt.

1. april 1998 ble HIV-Met og MiO slått sammen til Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo. Helge Waal ble senterets leder. Igjen tok det tid før ting kom på skinner. Først åtte

måneder etter at MARiO åpnet for søknader, flyttet MARiO inn i midlertidige lokaler. Inntaket skulle ta tid. Nesten to år senere, i januar 2000, var status for de 279 som søkte om inntak den første dagen det ble åpnet for søknader at 109 var behandling, og 107 stod fortsatt på søkeliste. Av de øvrige var 13 døde. (Frantzsen 2001: 179; tall fra Welle-Strand 2000).

Metadonbehandlingsprogrammet fikk tittelen Metadonassistert Rehabilitering, eller MAR. Navnet fungerte dermed med å understreke at målsetningen med programmet var rehabilitering, og metadonet var å regne som et supplement til annen behandling. I Rundskriv I-25/98 fra Regjeringen, som beskriver de midlertidige retningslinjene for metadonbehandling, presiseres det at *"Det overordnede målet for metadonassistert rehabilitering er rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering"*. Det understrekes at metadonforskrivningen er en *"del av et helhetlig rehabiliteringsopplegg, og bare er et av en rekke virkemidler"*, at *"metadonassistert rehabilitering bare skal tas i bruk som et "siste" virkemiddel der alle andre tiltak synes å ha kommet til kort"*, samt at behandlingen *"forutsetter i hvert enkelt tilfelle streng kontroll og aktiv psykososial oppfølging"* (Rundskriv I-25/98).

I år 2000 ble retningslinjene revidert, og ettersom Subutex (et buprenorfin-produkt) var blitt godkjent som en del av norsk substitusjonsbehandling i 1999⁶⁴ (i effekt fra 1.1.2000) ble retningslinjene nå knyttet til legemidler generelt, ikke bare metadon. Derfor byttet MAR navn til LAR, legemiddelassistert rehabilitering.

4.3.7 Forsøk eller forløper?

Det er verdt å vie noe plass til å reflektere over den rollen forsøksprosjektet MiO hadde i å få innført metadonbehandling. Metadonbehandling ble som nevnt gjort permanent før evalueringene forelå, i strid med intensjonen. Evy Frantzsen (2001: 39) har stilt spørsmål om hvorfor det var nødvendig med et forsøk i det hele tatt, ettersom erfaringene i utlandet var så

⁶⁴ Så sent som høsten 1998 var det ingen planer om å innføre Subutex i Norge. Det ble innført etter en hasteprosess utløst av noen medieoppslag. Det var ikke noe faglig eller politisk initiativ. Helge Waal betegnet medieomtalen som "kampanjelignende". Men, som Ketil Bentzen uttrykte det, så var det ingen prinsipiell forskjell å bytte ut metadon med et annet medikament når "en har tatt det første skrittet" (r&a 4/99: 7-9)

gode. Sosialminister Hill Marta Solberg forsvarte det slik: ”Det er ikke så enkelt at vi bare kan adoptere andre sine erfaringer. Vi er nødt til å se hvordan metadontilbudet virker inn på andre deler av behandlingsapparatet, få det integrert i systemet.” (Arbeiderbladet 20.2.1995). Helge Waals oppfatning var at det var helt nødvendig med et forsøk for å komme gjennom den politiske motstanden. Til tross for at det ble åpnet for et forsøk opplevde han at motstanden vedvarte. Han peker bl.a. på at selv etter forsøket var over og Stortinget skulle behandle St.meld. nr. 16 (1996-97) skrev *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* på lederplass at det var altfor tidlig å innføre metadonbehandling.⁶⁵

Et sentralt premiss for etableringen var at en eventuell videreføring skulle være basert på en kunnskapsbasert og forskningsmessig evaluering (NAVF 1992). Likevel var de fleste klar over at det skulle svært negative resultater eller konsekvenser til for at det skulle avvikles, og det ”lå i kortene” at det ville bli et permanent tiltak (Skretting 1997a: 88). Det ble slått fast at målsetningene for MiO skulle være:

- a. metadonfrihet og ruskontroll på sikt
- b. reduksjon av kriminalitet og prostitusjon
- c. bedret sosial fungering, bedret fysisk og psykisk helse og opplevd livskvalitet
- d. rehabilitering og yrkesmessig attføring

Like fullt, Ervik (1997: 9) understreker i den ene evalueringen at det var inneforstått at den første målsetningen ikke ville være målbar i løpet av prosjekttiden. Således var suksesskriteriene primært rettet mot det skadereducerende elementet ved metadonbehandling. Helge Waal peker på at han var overbevist om at MiO ville bli et permanent tilbud, fordi han *”i utgangspunktet var helt sikker på at vi ville dokumentere at vi skulle gjøre noe for de aller vanskeligste.”* Prosjektet skulle nå de som ikke hadde vært mulig å hjelpe i det abstinensorienterte behandlingsapparatet. Waal sier videre:

”...fordi det ble formulert på den måten vikk vi lov til å gjøre forsøket, som jeg mente helt sikkert ville svare positivt og så ville det være brekkstang for et utvidet tilbud – utover den målgruppen man beskrev der. Det er klart at om man sier man kan hjelpe de aller vanskeligste, hva så med de nest vanskeligste?”⁶⁶

⁶⁵ Intervju med Helge Waal. Merk, jeg har ikke sett den aktuelle lederen, og referer derfor til Waals gjengivelse.

⁶⁶ Intervju med Helge Waal

Ketil Bentzen, som var med på avgjørelsen, beskriver det som et irritasjonsmoment å vente på noen rapporter som man stort sett visste hva inneholdt, og sier at ”*mange ganger krever den politiske prosessen at man treffer en beslutning...*”⁶⁷ Ketil Bentzen bekrefter at han regnet med at metadon, så fort MiO var innført, ville bli permanent. Waal påpeker at det hele tiden var hans strategi å gå forut for evalueringene:

”Jeg orket ikke vente på en ordinær evalueringsrapport og at den så skulle gå runder, så jeg fremmet dette forslaget om et landsdekkende tilbud gjennom kontakter i direktoratet. [...] ... selv om prosjektet ikke var avsluttet hadde vi nok dokumentasjon til å bruke for å fremme kravet om et forslag.”⁶⁸

Da Stortinget så endte opp med å gi sin enstemmige tilslutning til metadon var det imidlertid overdoseproblematikken som stod i fokus. I en analyse av Stortingsdebattene om metadon fra 1996 til 2000 finner Klingsheim (2002: 131) at det var forsvinnende få av innleggene som forsvarer metadonbehandling, som viser til forskning om slik behandling. Når sosialkomiteen skal behandle metadonbehandling i forbindelse med St.meld. nr. 16 (1996-97) er første setning til kap. 5.2, komiteens merknader: ”*Komiteen mener det er svært urovekkende at så mange dør av overdoser hvert år.*”⁶⁹ I neste kapittel vil jeg drøfte hvordan nettopp kriser og problemer i narkotikapolitikken var med å drive frem en omorientering i narkotikapolitikkens målsetninger, og dermed dens mulige virkemidler.

⁶⁷ Intervju med Ketil Bentzen.

⁶⁸ Intervju med Helge Waal

⁶⁹ Innst. S. nr. 184 (1996-97), side. 16.

4.4 Kritiske utviklingstrekk

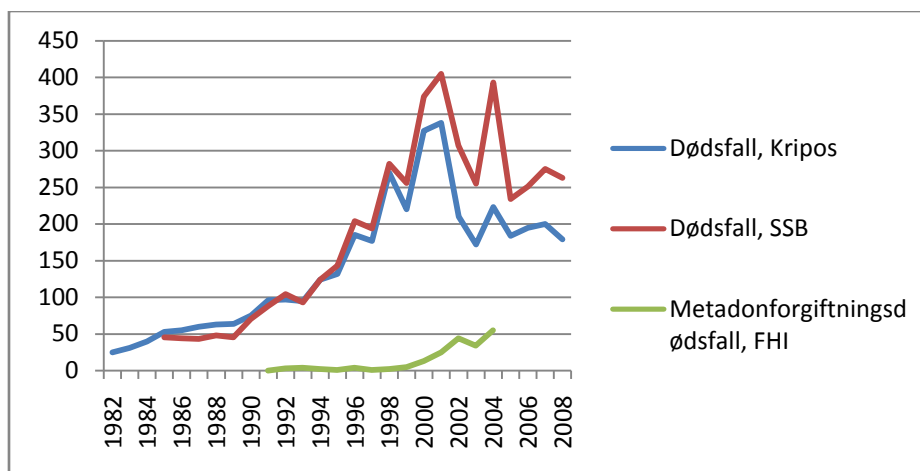
Fra midtre halvdel av 80-tallet begynte en rekke alvorlige problemer å melde seg for narkotikapolitikken i Norge. De skulle muliggjøre en omorientering og snuoperasjon i holdningen til metadonbehandling. De etablerte funnene fra *critical junctures*-litteraturen som peker på at kriser eller eksogene sjokk er avgjørende ved politiske vendepunkter (Hogan og Doyle 2009; Thelen 1999), synes å gjelde for dette tilfellet. Det fire utviklingstrekk som var med å utfordre det dominerende paradigmet i norsk narkotikapolitikk: HIV/AIDS-epidemien, økende overdosedødsfall, sykелighet og generell elendighet hos narkotikabrukere og en gryende erkjennelse av at de tradisjonelle behandlingstiltakene ikke fungerte.

4.4.1 Økende problemer

HIV/AIDS-epidemien: På 80-tallet fikk HIV/AIDS-epidemien en stor innvirkning på narkotikapolitikken både i Norge og internasjonalt, og det var dette som brakte metadon inn på dagsorden igjen i Norge. I 1986 var hele 55 pst. av de registrert HIV-positive i Norge injiserende narkotikabrukere. Gjennom seksualvaner ble de sett på som en smittekilde overfor den ikke-brukende delen av befolkningen (Stoffmisbruk 4/85a). Både i St.meld. nr. 16 (1985-86), i handlingsplaner fra Helsedirektoratet og nedsatte ekspertgrupper som den i 1986 ser man hvordan denne epidemien skapte usikkerhet på narkotikafeltet. HIV/AIDS-epidemien hadde primært to effekter på narkotikapolitikken: For det første ble det et sterkt behov for å begrense smittefaren som narkotikabrukere utgjorde, og samtidig var dette en svært grusom sykdom som synliggjorde lidelsen hos dem som ble rammet av den.

Overdosedødsfall: 1991 er blitt kalt ”det første store overdoseåret” (Øiern og Blindheim 1995: 21). Da begynte media for alvor å rette oppmerksomhet mot dette (Brandsberg-Dahl 2000). Norge har, internasjonalt sett, et høyt antall narkotikadødsfall. Det har bl.a. å gjøre med at heroin hovedsakelig injiseres, mens det i andre vesteuropeiske land i større grad blir røyket (Skretting 1997b: 116). Under gis en oversikt over utviklingen i narkotikarelaterte dødsfall⁷⁰ i Norge over tid.

⁷⁰ Begrepet ”overdosedødsfall” brukes ikke i statistikken.



Tabell 1. Narkotikarelaterte dødsfall i Norge. (Kilde: <http://statistikk.sirus.no>⁷¹)

Sykelighet og elendighet: Uavhengig av ens syn på om avhengighet er en sykdom eller ei, er det åpenbart at langvarig heroinbruk fører med seg en rekke helsemessige skader. Flere av disse er berørt i kap. 3.3.2 om skadereduksjon. Elendigheten skyldes både injeksjonsvaner og livsstil, med dårlig ernæring og hygiene, og manifesterer seg fysisk som psykisk.

Skuffende behandlingsresultater: Gjennom HIV/AIDS-epidemien ble det rettet oppmerksomhet mot svikten i behandlingsapparatet (Skretting 1997b: 131). Tidlig på 90-tallet kom det etter hvert klarere frem at vi hadde svært magre resultater fra de medikamentfrie behandlingstiltakene (Ravndal 1993). Den sterke behandlingsoptimismen begynte å slå sprekker. Stoffmisbruk oppsummerte på lederplass i 1992: *"En til tider grenseløs behandlingsoptimisme og tro på egen metode er avløst av nøkternhet og til dels pessimisme."* (Stoffmisbruk 4/92).

Skretting (1997a) dokumenterer hvordan mye av denne holdningen endret seg i behandlingsapparatet selv i perioden MiO fungerte. Det har etterhvert bygd seg opp, skriver Ravndal (2005: 47) *"a broad consensus among policy makers, politicians, the broader society, and probably many researchers, that something very fundamental is wrong with the abstinence oriented treatment system."*

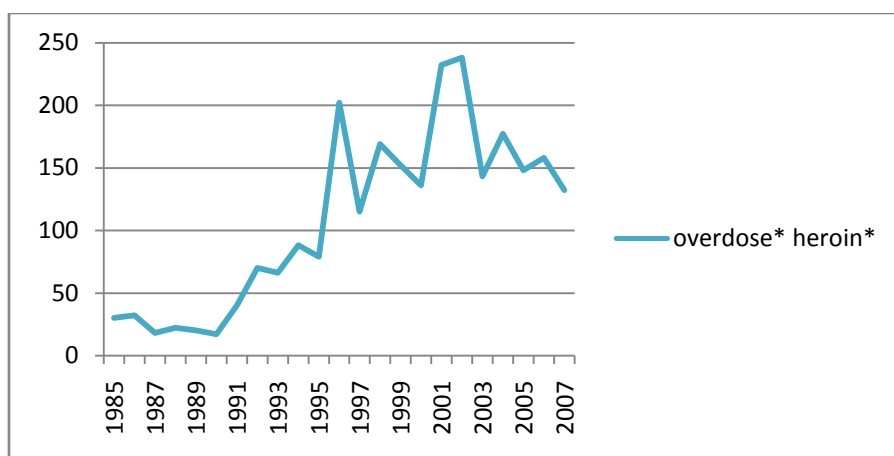
⁷¹ SIRUS' statistikkdatabase har samlet tall på narkotikarelaterte dødsfall fra SSB og KRIPOS. SSB endret sine inklusjonskriterier i 1996, og endret kodepraksis i 2003, og begge endringene bidrar til høyere anslag i følgende år. Det opplyses ikke om noen slike endringer fra Kripos' side. Tall for metadonforgiftningsdødsfall er fra Folkehelseinstituttet.

4.4.2 Nye problemer og nyhetsproblemer

Studiet av problemdefinering handler å om se på hvordan bestemte fenomener identifiseres som problemer, innenfor hvilken ramme og hvordan dette blir behandlet politisk (Rochefort og Cobb 1994). Sosialkonstruktivistiske perspektiver fokuserer på hvordan tolkninger og oppfatninger om et fenomen kan stå i motsetning til ”objektiv” virkelighet, men likevel påvirke vår forståelse av denne (Berger og Luckmann 1967; Hacking 1999). Problemer blir ikke bare identifisert, men også typifisert. Som en konsekvens av dette er det nødvendig å se på hvordan en situasjon fremstilles, og dermed legger føringer for hvordan den skal responderes på.

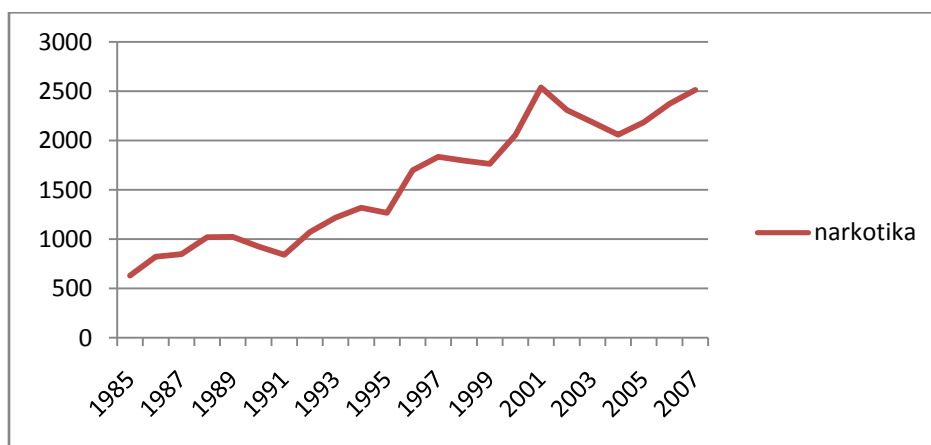
I å avdekke, fremheve og, kanskje, forstørre disse problemene ble media en viktig aktør i den narkotikapolitiske debatten. Hall (1993: 288) fremhever særlig den rollen media kan ha for å bidra til policyendring. I det norske metadonspørsmålet er dette fremhevet av en rekke personer som har studert det (Skretting 2007: 312; Brandsberg-Dahl 2000; Stoffmisbruk 3/92: 68). Disse problemene oppstod ikke da det kom oppmerksomhet om dem, men de var i økning.

Et søk i Ateksts arkiv over norske aviser på ”overdose* heroin*” viser følgende utvikling i medienes dekning av dette:



Tabell 2. Medienes dekning av overdoseutviklingen, søkeord "overdose* heroin*". Kilde: Atekst⁷²

Medienes dekning av narkotikaproblemene ved øyekast ser ut til korrelere med, om ikke skyldes, overdosedekningen. Det viser følgende graf, der jeg har søkt gjennom Atekst med søkordet "narkotika".



Tabell 3. Medienes dekning av narkotikasaker, søkeord "narkotika". Kilde: Atekst⁷³

Den nød og elendighet blant narkotikabrukerne som kom frem i mediene mens metadondebatten bygget seg opp var ikke nye. Christie og Bruun (1985: 14-15) trakk frem dødelighet og dårlig helse blant narkotikabrukere var blant de viktigste narkotikapolitiske utfordringene. Imidlertid ble det gjennom trendene på feltet og medienes oppmerksomheten om dem lagt nye føringer for hva målsetningene med narkotikapolitikken skulle være. Der det tradisjonelle fokuset hadde vært på kontroll, behandling og forebygging, ble det nå behov for å vise til at man klarte å dempe skadene knyttet til narkotikabruk for brukerne.

I tillegg begynte mediene å skrive om metadonbehandling. Både deres dekning (Brandsberg-Dahl 2000) og blant brukere (Frantzsen 2001) ble det etablert en oppfatning om at metadon ble en slags mirakelkur mot den elendighet som mange av narkotikabrukerne opplevde (se også Klingsheim 2002). Brandsberg-Dahl (2000) finner at tross noen unntak var medienes vinkling stort sett positiv til metadon. Elendighetshistorier om narkotikabrukeres hverdag

⁷² I denne grafen må det tas høyde for at Atekst *kan* ha en bedre dekning av nyere medier. Disse grafene fungerer derfor som illustrasjoner på en utvikling, men har begrenset anvendbarhet.

⁷³ Ref. forrige fotnote.

fremhevet metadon som en løsning, og kritiserte det offentlige for dødsfall blant narkotikabrukere som ønsket, men ikke fikk, metadonbehandling. Under en demonstrasjon blant narkotikabrukere for utvidet metadontilbud het det i innkallingen: *”Vi er mange som ville få en bedret livskvalitet ved å få denne Metadonen [...] tenk så deilig å få en pause fra pengejaget etter dop. Bruke tida på Metadon til alt det forsømte, som skole, jobbe, familie.”* (gjengitt i Stoffmisbruk 3/97: 13). Som en bruker skal ha sagt: *”Sett fra gata er metadon paradisi.”*⁷⁴ Det synes å ha oppstått en informasjonskaskade hvor stadig flere dannet seg positive oppfatninger om metadon, i lys av tidligere positive prosjekter. Det smittet også over på politikere.

4.4.3 Krisehåndtering

Da HIV/AIDS-epidemien kom ble det raskt oppfattet behov for å gjøre noe på det narkotikapolitiske området. En historisk gjennomgang muliggjør en inndeling i fire handlingsperioder som respons på HIV/AIDS-epidemien, og senere problemene knyttet til dødelighet og sykелighet. De kan grovt karakteriseres som at man først videreførte kursen, så fulgte den til ende så åpnet motvillig mot noe nytt, og så til slutt gjorde noe radikalt.

I St. Meld. Nr. 13 (1985-86) blir HIV/AIDS-problematikken tatt spesielt opp, og særlig er det informasjon og forebygging som pekes på som essensielt, i tillegg til fokus på medikamentfri behandling. Skadereduksjon drøftes ikke. I 1987 ble sosialminister Tove Strand Gerhardsen utfordret på hennes planer for å motvirke smitte av HIV/AIDS (Stoffmisbruk 2-3/87), og i tilsvaret hennes viser hun til mer ressurser og for øvrig mer av det samme (Strand Gerhardsen 1987: 4).

Etter hvert ble det mer press på at noe måtte gjøres, og flere ble diagnostisert. *Stoffmisbruk* var kritiske til det som ble oppfattet som en unntakstilstand. Som en reaksjon på HIV-epidemien foreslo Sosialdepartementet en lov som skulle åpne for tvangsmessig innleggelse av personer det var knyttet smitterisiko til. Stoffmisbruk slaktet forslaget, og advarte mot at *”tilløp til ’norgesmesterskap’ i tiltak mot AIDS er allerede i gang i de politiske miljøer og innen helsesektoren”* (Stoffmisbruk 1/87).

⁷⁴ Intervju med Martin Blindheim

Det var frykten for HIV-spredning som åpnet for sprøyteutdeling i Norge, som det tidligere hadde vært sterk motstand mot. I 1988 gikk Helsedirektoratet inn for å åpne for sprøyteutdeling, lenge etter de var blitt rådet om å gjøre dette. Skadereduserende tiltak hadde vært svært kontroversielt i Norge, men ble grunnet HIV/AIDS-epidemien åpnet for (NOU 2003:4) Aavitsland m.fl. (1997) har spurt om HIV-epidemien kunne kulminert tidligere om myndighetene hadde vært raskere ute med å distribuere sprøyter.

I 1986 skrev Helge Waal en grundig artikkel om metadonbehandling, der han følger opp ekspertutvalget fra samme år sitt arbeid. Han tar til orde for et metadonprogram, men understreker at dette er grunnet en unntakstilstand: ”...vi må forvente en høy frekvens av AIDS-utvikling. I en slik situasjon er det av humanitære grunner ikke riktig å prioritere narkotikapolitiske motforestillinger.” (Waal 1986: 59). Georg Pettersen, overlege ved Oslo Helseråds AIDS-avdeling, hadde vært i USA og sett hvordan man brukte metadon der⁷⁵ I samme nummer av *Stoffmisbruk* sier at ”epidemibekjempelse er noe annet enn tradisjonell misbruksbehandling.” (Stoffmisbruk 3-4/86).

Nye målsetninger har meldt seg, og nye tiltak synes nødvendige. Denne erkjennelsen kom etter hvert til Sosialdepartementet, som i et brev til Oslo kommune 22.6.1992 skrev:

”...i Norge de senere årene har [vi] fått et økt antall eldre, nedslitte sprøytemisbrukere som det viser seg vanskelig å hjelpe med de allerede eksisterende, stoffrie behandlingstiltakene, og at dødeligheten i denne gruppen misbrukere er høy...” (sitert i Frantzen 2001: 37).

Klingsheim (2000) sin diskursanalyse er nevnt tidligere, og fant bl.a. at skaderedusering og reduserte overdosedødsfall mot år 2000 blir en stadig viktigere politisk målsetning. I 2001 ba for eksempel Stortinget Regjeringen om å iverksette en nasjonal kriseplan mot overdosedødsfall (Dok. Nr. 8: 73 (2001-2002)). Skadereduksjon, med vekt på redusert dødelighet, er et av hovedmålene i *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005* (Sosialdepartementet 2002).

⁷⁵ Intervju med Martin Blindheim. Der refererer han til at det var fra Georg Pettersen han først hørte om metadonbehandling.

De problemene som metadonbehandling primært adresserer, eller kan gjøre noe med, dominerte ikke den politiske agendaen før HIV/AIDS-epidemien. Fokuset var, i tillegg til kontrollsidene, på å hindre at folk begynte å bruke narkotika, og at de som gjorde det sluttet med det for godt. Etter hvert ble man innhentet av en annen virkelighet, der andre hensyn ble mer presserende. Metadonbehandling ble ikke bare gjort mulig av den økte elendigheten blant narkotikabrukere. Det ble mer nødvendig.

4.4.4 Metadonbehandling som kompromiss

I Norge valgte man derfor etter mye motstand å innføre et forsøksprosjekt med metadonbehandling. Forsøket ble imidlertid sterkt preget av det paradigmet som dominerte på narkotikafeltet. Det preget skissene for MiO, og det preget de midlertidige retningslinjene for MAR fra 1998 (Rundskriv I-25/98). Programmet ble gitt strenge inklusjonskriterier, så kun personer over 30 år med langvarig misbruk. Det var de strengeste i noe kjent program til da (Ervik 1997). Målsetningen med programmet skulle være sosial og yrkesmessig rehabilitering, med mål om frihet fra metadon på sikt. Programmet skulle være forbeholdt en svært liten gruppe. Metadonbehandling skulle være det absolutt siste man tilbød en narkotikabruker, og man måtte kunne dokumentere at man har mislykkes med flere forsøk på abstinensorientert behandling.

Man kunne se en merkelig allianse oppstod ved utformingen av retningslinjene for MiO og senere MAR. Ketil Bentzen, som var svært kritisk til metadonbehandling, var ansatt i Sosial- og Helsedepartementet, og var med å lage de første retningslinjene.⁷⁶ For ham var det viktig å ”legge press på de som skulle drive [metadonbehandlingen]”. Han var redd problemet skulle bli for stort, og ville derfor stille strenge krav til hvem som skulle komme inn og hvilken oppfølging de skulle få.⁷⁷ For Helge Waal, som var pådriver for metadonbehandling, var målsetningen med disse kravene å gjøre programmet politisk spiselig:

⁷⁶ Intervju med Ketil Bentzen. Bentzen påpeker at det er med et forbehold fra hukommelsen at han påpeker sin deltakelse i arbeidet med retningslinjene.

⁷⁷ Intervju med Ketil Bentzen

”... det var en vurdering av hva som var mulig å få til. Altså, hva som var mulig å få gjennomslag for. [...] Det var [...] betydelig motstand i politiske miljøer, og jeg tror at disse formuleringene om rusfrihet og rehabilitering i stor grad ble introdusert for å møte de politiske motforestillingene.”⁷⁸

Vi ser derfor at metadonprogrammet i Norge ble utformet på en måte som var tilpasset et annen narkotikapolitisk ideologi enn den programmet kan sies å henge tettest sammen med, som er medikaliserings- eller skadereduksjonsmodell vi så i kap. 3.1. Det ble utformet med målsetninger som stod i strid med hva den internasjonale forskningen antydte var realistiske effekter av metadonbehandling. I neste kapittel vil jeg gå grundigere gjennom hvordan metadonprogrammet utviklet seg etter det ble etablert, og hvilke faktorer og prosesser som kan være med å forklare utviklingen.

⁷⁸ Intervju med Helge Waal

4.5 Endringer i substitusjonsbehandlingen

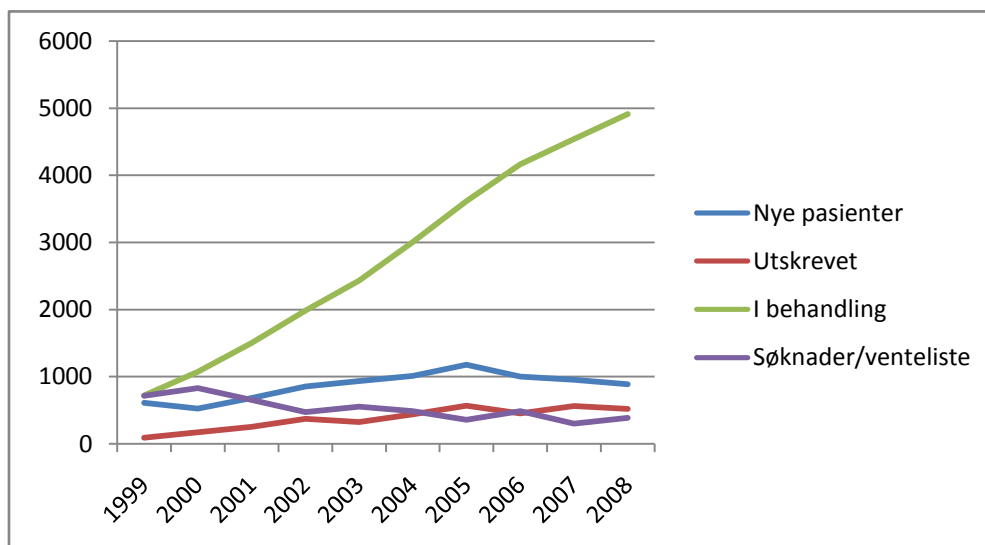
Programmet for substitusjonsbehandling i Norge har utviklet seg både med hensyn til størrelse og målsetninger. LAR består av utdeling av et substitusjonspreparat og så oppfølging med psykososiale tiltak. De psykososiale tiltakene, i blant referert til som sosialfaglige eller øvrige tiltak, er først og fremst ”individ- og grupperettet arbeid etter vanlige faglige standarder” (Vindedal m.fl. 2004: 11). Når det gjelder innholdet i LAR er ikke dette endret siden oppstart, men det er tidvis store variasjoner mellom regionene (Vindedal m.fl. 2004: 32; Se Waal m.fl. 2009). I praksis har det gått fra et lite, strengt og rehabiliteringsorientert program, til et stort, inklusivt og skadereduserende et. Helge Waal er i dag tydelig på at det medikamentelle i LAR er et hovedtilbud, ikke noe supplement, slik det opprinnelig ble slått fast at det skulle være.⁷⁹

4.5.1 Programmet størrelse

Metadonprogrammet ble opprinnelig utformet med sikte på å være et lite program. St.meld. nr. 16 (1996-97) anslo at om lag 200-250 pasienter ville være aktuelle. Det ble raskt avslørt at dette var feil, og tall som ble bestilt fra fylkeslegene lå på rundt 700. Det var ikke bare forventet at metadonprogrammet skulle være lite, det var også et ønske.⁸⁰ Til tross for ønske om å begrense programmet, og svært strenge inntaks- og utkastelseskriterier som hjelpemiddel, har man ikke klart å begrense etterspørselen. Utviklingen er blitt betegnet som ”eksplosiv” (Skretting 2001: 144) og et løpsk tog, ”runaway train” (Hansen og Jansen 2000a: 13). Under vises utviklingen i inntak, søkning, ventelister og utskrivning siden programmet ble etablert.

⁷⁹ Intervju med Helge Waal

⁸⁰ Intervju med Ketil Bentzen



Tabell 4. Antall pasienter i LAR. (Kilde: <http://statistikk.sirus.no>)

4.5.2 Inntakskriterier

Da MAR ble etablert hadde det, med unntak av MiO, de strengeste internasjonalt kjente inntakskriteriene for et nasjonalt metadonprogram (Ervik 1997). Disse er blitt gradvis endret til å bli stadig mindre strenge. I 2004 påpekte en av evalueringene av LAR at målgruppen *”ikke bare oppfattes som større, men også som kvalitativt annerledes i dag enn da en startet opp LAR”* (Vindedal m.fl. 2004: 29). Med dette siktes det til at de som i dag tas inn i LAR har helt andre kjennetegn enn de som man opprinnelig utformet MiO for å hjelpe.

Da MiO ble etablert ble det stilt følgende krav:

- Langvarig opiatavhengighet, misbruk i minst ti år
 - Langvarig medikamentfri behandling, må dokumenteres
 - Må være minst 30 år
 - Ingen uoppgjorte straffesaker
 - Må ha ordnet bolig før inntak
 - Må inngå en forpliktende kontrakt med prosjektet
 - Syv dagers rusfrihet i forkant av prosjektstart
- (Skretting 1997a).

I etterkant av at metadonassistert rehabilitering (MAR) ble vedtatt som et permanent og landsdekkende tilbud, ble inntakskriteriene redusert ytterligere gjennom midlertidige retningslinjer for MAR. De viktigste endringene var i kriteriene a-c:

- a. Klienten skal ha fylt 25 år
- b. Ha minst 10 års vedvarende opiattdominert rusmiddelmisbruk
- c. Gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfang

(Rundskriv I-25/98)

Det ble åpnet for unntak fra kriteriene a-c dersom det *”i tillegg til alvorlig opiatavhengighet foreligger en dokumenterbar, behandlingstrengende, kronisk og livstruende medisinsk tilstand”* (Rundskriv I-25/98: 3). Dette er en videreføring av ideene fra HIV-Met.

På høsten i år 2000 ble de midlertidige retningslinjene erstattet av permanente retningslinjer, gjennom Rundskriv I-35/2000. MAR byttet nå formelt navn til LAR, legemiddelassistert rehabilitering, for å ta opp i seg at andre medikamenter enn metadon kunne brukes. Da var det først og fremst Subutex dette gjaldt. De nye a – c kriteriene var:

- a. Ha fylt 25 år
- b. Ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiattdominert.
- c. I rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten metadon og opioider med sikte på rusfrihet.

(Rundskriv I-35/2000).

Unntaksbestemmelsen ble endret, med et tillegg:

”Det kan gjøres unntak fra inntakskriterienes pkt. 6 a-c dersom rusmiddelmisbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det.” (Rundskriv I-35/2000, min kursivering).

Målet var derfor at det i enkelte tilfeller skulle kunne åpnes for å gi substitusjonsbehandling til personer som bl.a. var under 25 år. Praksisen rundt dette varierte. I 2003 sendte derfor Helse- og Omsorgsdepartementet ut Rundskriv I-5/2003 der det refereres til unntaksbestemmelsen og skrives at det mistenkes at *”enkelte brukere, på en uheldig og utilsiktet måte, utelukkes fra legemiddelassistert rehabilitering”* ved at unntaksbestemmelsene ikke ble benyttet. Det ble

særlig referert til aldersbestemmelsen. Det var på denne tiden et sterkt press på Regjeringen for å gjøre noe med denne.⁸¹

I 2006 begynte Helsedirektoratet å jobbe med nye retningslinjer for LAR. De ble våren 2009 sendt ut på høring. Der ble aldersgrensen på 25 år for substitusjonsbehandling fjernet, og det samme for alle andre objektive kriterier for inntak. Det ble snarere lagt vekk på at en medisinsk vurdering av nytten ved slik behandling skal være avgjørende (Dagens Medisin 26.5.2009).

En utfordring med restriktive kriterier er at man kan se det som kalles ”negativ kvalifisering”: ønske om å komme i programmet kan gi et insentiv til å overdrive eller skape problemer (Frantzsen 2001: 71-72). Evalueringen av MiO (Skretting 1997a: 65) samt Statusrapport for LAR (Waal m.fl. 2009) hevder at dette har vært et lite problem i praksis. Prosjektet er blitt kritisert for å kreve at pasientene var ”passe elendige” og ikke tilpasset de mest vanskeligstilte brukerne (Frantzsen 1997; Frantzsen 2001). Dette gjaldt særlig krav om behandlingserfaring, rusfrihet ved oppstart og ingen ventende dommer.

Det er viktig å se disse endringene i lys av den utviklingen som var blant brukerpopulasjonen. Overdosedødsfallene på 90-tallet gjaldt først og fremst mannlige narkotikabrukere over 30 år, men på 2000-tallet var det i økende grad yngre brukere som ble rammet av narkotikarelaterte dødsfall (r&a 3/01: 8-10). Disse har i stor grad dødd mens de var på venteliste til LAR. Dødelighet ble et viktig argument for å trekke inn yngre.⁸²

4.5.3 Eksklusjon

For å sørge for at metadon bare skulle være et supplement til et rehabiliteringsprogram, ble det innført strenge eksklusjonskriterier i både MiO og MAR/LAR. Ettersom rusfrihet var en målsetning, var sidemisbruk grunnlag for utkastelse. Det ble innført kontrollmekanismer, som urinprøver, som skulle sørge for at dette ble etterfulgt. Det var narkotikapolitisk motivasjon

⁸¹ Intervju med Ingjerd Schou: *”Vi var hele tiden presset på at aldersgrensen skulle være lavere. [...] Særlig foreldre [...] som mente at 18-22 åringen deres skulle få komme inn på metadon.”*

⁸² Intervju med Helge Waal

som lå bak, for å sørge for at metadonprogrammet beholdt den rollen det var tiltenkt i behandlingssystemet.

Praktiseringen av eksklusjonskriteriene er blitt endret av den økte medikaliseringen særlig ved å gi narkotikabrukere pasientrettigheter gjennom Rusreformen. Som Vindedal m.fl. 2004 skriver:

”Disse reaksjonsformene har vakt lite oppsikt så lenge LAR-brukerne var definert som sosialklienter, men de står seg dårlig når sammenligningsgrunnlaget blir andre pasientgrupper i helsevesenet.”
(Vindedal m.fl. 2004: 16).

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Rundskriv I-8/2004 slått fast at utskrivning fra LAR kun godtas dersom nytteverdien av substitusjonsbehandling oppfattes å være borte. Å jukse med urinprøvene skulle ikke være en godkjent grunn for utskrivning (r&a 4/04: 29). Det er riktignok begrenset sidemisbruk av andre stoffer enn cannabis, men det oppfattes ikke lenger som en godtatt eksklusjonsgrunn (Waal m.fl. 2009). Dette slås også fast i de nye retningslinjene. Kun medisinsk uforsvarlighet kan begrunne utkastelse fra LAR. Nye medisinske rettigheter har erstattet narkotikapolitiske målsetninger om et rehabiliteringsprogram.

4.5.4 LAR for hvem?

Målgruppen for metadonprogrammet skulle være, het det ved innføringen, en liten gruppe av de eldre og svært nedkjørte narkotikabrukere. Inntakskriteriene skulle være et hjelpemiddel for å oppnå dette. Det er ikke bare i antall pasientene i LAR har blitt annerledes enn forventet, de er annerledes i art. Andelen av narkotikabrukerne som har vært i systemet har økt radikalt. Ved utgangen av 2008 var mellom 39 og 48 pst. av injiserende heroinbrukere i behandling gjennom LAR, og ytterligere 18 til 27 pst. hadde vært innom systemet på et eller annet tidspunkt (Waal m.fl. 2009: 6-7).

Endringene tydeliggjøres i synet på hvor mange som forventes å ha nytte av LAR. Det er ikke vedtatt noe formelt mål, men Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for LAR opererer med tall på dette. Da MAR ble etablert lå anslaget på hvor stor andel av

heroinbrukerne som var aktuelle for substitusjonsbehandling på rundt 10 pst. (Vindedal m.fl. 2004: 34). Tidlig i 2004 skrev direktør Lars E. Hanssen i Statens Helsetilsyn i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet at *"fagmiljøene anslår at behandlingsbehovet omfatter 70 % av 10 000 tunge sprøytenarkomane"* (sitert i Hordvin 2004: 34). Dette brevet ble noe kritisert, men er senere blitt praksis. Evalueringsrapporten for LAR fra Seksjon for Kliniske Rusmiddelproblemer ved UiO fra 2004 så for seg at mellom 50 og 70 pst. av heroinbrukerne i Norge burde få substitusjonsbehandling (resultater referert i r&a 6/04: 40). Helsedirektoratet har operert med en målsetningen om at rundt 7 000 bør være pasienter i LAR, et tall de beskrev som nøkternt (Blindheim og Guslund 2005). SERAF har omtalt "full dekning" som å ligge rundt $\frac{3}{4}$ av målgruppen (Waal m.fl. 2009: 6).

Fra myndigheter og fagfolk sin side anses det ikke på noen måte lenger som noe mål å holde metadonprogrammet som et lite program for en bestemt gruppe av de aller vanskeligst stilte brukerne.⁸³

4.5.5 Varianter av bruk av legemidler

Etableringen av metadonbehandling har blitt etterfulgt av annen bruk av medikamenter i tilbudet til narkotikabrukere. Først så vi hvordan buprenorfin (Subutex) gjennom en kort, ukomplisert og lite kontroversiell prosess initiert av medieoppslag ble innlemmet i behandlingstilbudet.

Fra 1.1.2002 ble det tilbudt nedtrapping med metadon ved avrusning ved Akuttinstitusjonen i Oslo. *"Avrusningsbehandling av narkomane må ha status som en hvilken som helst annen sykdom. Vi må legge til grunn medisinske vurderinger, ikke politiske eller moralske"*, sa overlege Mari Liron da (r&a 4/02b: 22). Et narkotikapolitisk virkemiddel frikobles slik fra narkotikapolitikken, ved å defineres som et medisinsk anliggende.

⁸³ Når denne formuleringen leses må det likevel holdes i bakhodet at man etter hvert har sett en mer alvorlig sykdoms- og dødelighetsutvikling blant narkotikabrukere, også blant de som er yngre. Like fullt innebærer de endrede kriteriene at det stiles andre krav til brukerkarrieren enn det som opprinnelig ble forutsatt.

Som en konsekvens av ventelistene for å motta metadonbehandling begynte et forskningsprosjekt i Oslo å gi Subutex til personer som ventet på opptak til LAR. Det ble konkludert med at dette hadde stor nytteverdi, og det ble derfor anbefalt å gi mulighet om dette til alle som stod på venteliste for inntak til LAR (Grouff m.fl. 2002). Dette var det første programmet som eksplisitt ga et substitusjonspreparat til narkotikabrukere ens i skadereduserende hensikt, uten noe oppfølging utover den som ble forventet ved senere opptak i LAR.

4.5.6 Rehabilitering

Som navnene LAR og MAR indikerer, skal legemiddelet assistere i en rehabiliteringsprosess. Metadon skulle være et hjelpemiddel for å gjøre narkotikabrukerne mottagelige for behandling, og det var behandlingen som var formålet med programmet. I et notat foran et planmøte for MAR i 2002 heter det:

”Da MAR-modellen ble utviklet, ble denne satt eksplisitt opp som en motsetning til skadereduksjon. Målsettingen skulle være rehabilitering og ikke primært å minske samfunnsproblemene eller redusere antallet overdoser eller sykdomsrisiko.” (Gurrik m.fl. 2002: 11)

Opprinnelig var det en målsetning at pasientene skulle slutte med metadon. Denne målsetningen ble nok primært tatt inn for å møte narkotikapolitiske motforestillinger, og hadde ikke hold i verken internasjonal forskning eller erfaringer fra Ulleråkerprogrammet i Sverige, som det norske programmet ble modellert etter (Stoffmisbruk 2/91d: 20). ”*Å slutte med metadon har aldri vært og bør aldri bli målet med metadonbehandling,*” uttalte Vincent Dole til Stoffmisbruk (2/94: 40). Denne målsetningen er ikke fremtredende i dag. Det er erkjent at nytteverdien av substitusjonsbehandling forsvinner når substituttet gjør det.

Rehabiliteringsidealet er derimot holdt fast ved, og står den dag i dag fortsatt sterkt.⁸⁴ Bl.a. Rundskriv I-25/98 slo fast at MAR forutsatt ”*aktiv psykososial oppfølging.*” I praksis skulle det bli annerledes. Helt siden MAR ble etablert har det blitt kritisert for å ikke være på plass et godt nok rehabiliteringstilbud. Trykket har vært på å redusere ventelistene, snarere enn å

⁸⁴ Intervju med Martin Blindheim

passe på at rehabiliteringstilbudet var der. Ved evalueringsrunden av LAR i 2004 ble det konkludert med at stadig flere av pasientene kun fikk tildelt metadon eller Subutex, og ikke var i noe aktivt rehabiliteringsopplegg (Vindedal m.fl. 2004: 10). En annen LAR-evaluering, fra SINTEF Helse i samarbeid med Rogalandsforskning viste at over halvparten av pasientene manglet et rehabiliteringstilbud i form av bolig, utdanning, arbeid og aktivisering (resultater referert i r&a 6/04: 40).

De manglende rehabiliteringsresultatene handler således ikke bare om at man ikke har nådd de målene som ble satt, men også om at LAR ikke har hatt nok ressurser, finansielt, kapasitets- og kompetansemessig, til at man faktisk kunne forvente måloppnåelse. Det har selvsagt også å gjøre med at man har hatt urimelige forventninger til hva metadon skulle oppnå⁸⁵, men dette er ikke en tilstrekkelig forklaring. Den politiske oppfølgingen er en faktor.

Mye av dette har å gjøre med ressurssituasjonen. Selv om det er bevilget midler til å ta inn flere i LAR, har det ikke vært en tilsvarende økning i midlene som skal finansiere rehabiliteringstilbudet (Waal m.fl. 2009). Dårligere resultater på rehabiliteringssiden er en konsekvens av at programmet øker på en annen måte. Når man tar inn flere demper man rehabiliteringspotensialet. Dette er slik de fleste andre europeiske metadonprogrammer fungerer, men lav retensjon og lav terskel for inntak (Waal m.fl. 2009: 24). Målsetningene om å inkludere flere og å gi god rehabilitering motvirker hverandre, eller mer presist: den første motvirker den siste.

Allerede i 2001 ble det hevdet at det var *”vanskelig å se at målsettingen om rehabilitering fortsatt er gjeldende [...] Skadereduksjon [er] etter alt å dømme en mer dekkende betegnelse”* (Skretting 2001: 149). Fagfolk påpekte utfordringer med å sikre et forsvarlig rehabiliteringstilbud til dem som var i LAR, og var bekymret over at hovedfokus var på ventelister og de som stod utenfor programmet, snarere enn oppfølging av dem som var innenfor (Bøhle 2003: 38). Helseminister Dagfinn Høybråten presiserte i et svar på kritikken at tross ekspansjon av programmet, var målsetningen om rehabilitering noe som lå fast

⁸⁵ I intervjuer uttrykte Waal, Bentzen, Skretting og Blindheim at de oppfattet det å være svært urealistiske forventninger til hva man kunne forvente av resultater med substitusjonsbehandling.

(Høybråten 2003: 34). Dette til tross for at det var gitt klare signaler om at det ikke var mulig å øke antallet i behandling og samtidig gi et godt nok behandlingstilbud (r&a 5/03).

4.6 Fra rehabilitering til skadereduksjon?

Når det fremheves at LAR fungerer, så er ikke dette verbet, å fungere, en nøytral størrelse. Å fungere må være noe som skjer etter et definert formål. Som Pierson (1993: 614) skriver:

“Although hindsight may lead one to say ‘success’ encourages repetition, defining success and failure is necessarily a sociological and political process.”

Det er et gap mellom de uttalte målsetninger og den faktiske praksis. I dette avsnittet vil jeg forsøke å se nærmere på hvordan målsetningene for LAR har endret seg, både med hensyn til vektleggingen av rehabilitering, samt innholdet i dette begrepet.

4.6.1 Metadon fungerer

Som nevnt i *kapittel tre* var det internasjonalt kjent at man oppnådde en rekke positive resultater i metadonbehandlingsprogrammer. Den økte aksepten for LAR er blitt tolket som først og fremst å handle om de resultatene som faktisk er oppnådd (Vindedal m.fl. 2004: 8):

- Mange er kommet ut av belastede rusmiljøer
- Kriminaliteten er redusert
- LAR-pasientene har bedre kontakt med øvrig behandlingsvesen
- Reduksjon av overdoser og narkotikarelaterte dødsfall
- Bedre fysisk og sosial funksjonsevne

Waal (2007) oppsummerer evalueringene av LAR med å si at varighet i behandling (retensjon) og lite sidemisbruk er positivt, men resultatene har ikke innfridd når det gjaldt rehabilitering, særlig ikke yrkesrehabilitering. Det typiske er heller at de som lykkes med rehabilitering ender på ulike former for offentlige stønader, som uføretrygd (Waal m.fl. 2009: 7).

LAR har gjort hverdagen mye bedre for svært mange narkotikabrukere, og oppfattes å ha hatt en signifikant effekt på reduksjon i overdoser; *”LAR har åpenbart reddet mange liv”* heter det i én evaluering (Vindedal m.fl. 2004: 8). Når man så i starten av 2000-tallet kunne se reduksjoner i narkotikarelaterte dødsfall, med 2003s 175 dødsfall som det laveste siden 1995, ble forklaringer da knyttet til at flere fikk substitusjonsbehandling og styrket helsetilbud (Bye 2004b: 283).

4.6.2 Rehabiliteringsmålsetningen beholdes

Når helseminister Dagfinn Høybråten ble konfrontert med manglende oppfølging i rehabiliteringsdelen av LAR, slo an fast at målsetningen om et helhetlig rehabiliteringsopplegg som en integrert del av LAR gjaldt fortsatt (Høybråten 2003: 34). Dette har også vært tråden i retningslinjene. Til tross for at forskning og anbefalinger fra internasjonale organer peker mot at substitusjonsbehandling kan gjennomføres som et utelukkende skadereduserende tiltak, har dette blitt avvist av norske myndigheter.⁸⁶ Siden tidlig på 90-tallet har EMCDDA anbefalt å lette tilgangen til substitusjonsbehandling, også gjennom lavterskeltilbud (EMCDDA 2001, sitert i r&a 3/02:9). Det har vært sterk motvilje mot å etablere noe lavterskeltilbud med vedlikeholdsbehandling⁸⁷

Selv om rehabiliteringsmålsetningen er blitt bevart i LAR, har det skjedd endringer i hva innholdet i denne er. Dette har særlig å gjøre med hvordan forventningene til LAR er blitt endret. Vindedal m.fl. (2004: 12) finner at *”forløpet [i LAR] er ofte en nedadgående spiral, hvor ambisjoner og krav reduseres når de ikke innfris.”*⁸⁸ I Rundskriv I-25/98 het det at *”Det overordnede målet for metadonassistert rehabilitering er rusfrihet og yrkesmessig og sosial rehabilitering.”* I Rundskriv I-35/2000 var målsetningen endret til å *”oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og – så langt som mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering.”* Helge Waal beskriver dagens tankegang slik:

⁸⁶ Intervju med Martin Blindheim. Blindheim var sekretær for arbeidsgruppen som jobbet med nye retningslinjer for LAR.

⁸⁷ Intervju med Helge Waal; Intervju med Ingjerd Schou.

⁸⁸ Et tema som ikke er berørt i denne oppgaven, men verdt å nevne i denne sammenheng er hvordan dette også kan skjer på mikronivå. LAR-pasient og daglig leder i Rehabpiloten AS, Lise Aasmundstad sa på et seminar våren 2010 at *”Fagfolk sliter med dårlig motivasjon, brukeren har liten involvering, og det blir en nedadgående ambisjonsspiral.”* (Aasmundstad 2010). Ketil Bentzen referer til lignende inntrykk i intervjuet.

”Enhver skal rehabiliteres i samsvar med egne muligheter; man skal ikke rehabilitere folk på et mindre nivå enn det som er realistisk, men heller ikke over. [...] Slik at det er ikke noe krav om at man skal være uten bruk av andre rusmidler [...] enn metadon. Og da er jeg ikke helt sikker på om jeg ser forskjellen [fra en skadereduksjonsmodell] lenger.”⁸⁹

Martin Blindheim sier det slik: *”Slik [rehabiliteringsmålsetningen] står formulert i forskriften nå, tror jeg den står sterkt. Det er ikke rehabilitering til A4-livet det er snakk om, det er snakk om at folk skal få hjelp til å komme seg så langt som de har forutsetninger for.”* Forståelsen av rehabilitering endres så mye, at betydningen nå er en ganske annen enn den som figurerte i forutsetningene ved programmets oppstart. Det er et produkt av hva man så det var mulig å få til. Forventningene innfris ikke, målsetningene reduseres, og blir mer realistiske.⁹⁰

4.6.3 Skadereduksjon det viktigste

I forrige avsnitt refererte jeg til en artikkel av Dagfinn Høybråten, der han slo fast at rehabilitering fortsatt var et mål for LAR. I samme artikkel, når han skulle oppsummere de dokumenterte positive konsekvenser av LAR, var det kun det skadereduserende som ble vektlagt (Høybråten 2003: 35).⁹¹

Vindedal m.fl. (2004) sin evaluering av LAR beskriver endringene i syn på målsetninger fra Rundskriv I-25/98 til Rundskriv I-25/2000 som å ha beveget seg fra et mål om å rehabilitere til i større grad å fokusere på å vedlikeholde en avhengighet (Vindedal m.fl. 2004: 28).

Til tross for dette holdes det fra politisk side fast ved at rehabilitering er en hovedmålsetning, selv om det i praksis blir forkastet bl.a. i Oslo og Oslo-regionen i følge Helge Waal.⁹² Der oppfattes det som viktigere å sikre skadereduksjon enn rusfrihet. Nå kan det selvsagt påpekes

⁸⁹ Intervju med Helge Waal.

⁹⁰ Realistiske mål i denne sammenheng forstås som mer i tråd med de realiteter man opplever i programmet slik det er organisert.

⁹¹ Høybråten trakk frem at LAR *”...reduserer misbruk av opiater, reduserer frafall i behandling, reduserer kriminalitet og hindrer dødsfall”* (Høybråten 2003: 35). Selv om påpekningen av retensjon kan indikere en vektlegging av rehabilitering, har evalueringene av LAR vist tydelig at retensjon ikke er ensbetydende med vellykket rehabilitering. Norge har en retensjon på over 90 pst. (Waal m.fl. 2009).

⁹² Intervju med Helge Waal.

at det fortsatt er mye som kan bli bedre på rehabiliteringssiden. Evalueringer av LAR underbygger dette. Problemet er ikke bare at man ikke når de optimale målene når alle forutsatte innsatsmidler settes inn. Ofte blir ikke oppfølgingen og tiltakene som forutsettes levert til pasientene. Medisinsk logikk som ligger bak metadonbehandling som idé, men det er ikke slik at medisinerne automatisk støtter enhver utvidelse av metadontilbudet. Da stortingsrepresentantene Bjarne Håkon Hanssen (Ap) og John Alvheim (FrP) foreslo å gi fastlegene rett til å godkjenne pasienter til vedlikeholdsbehandling, reagerte blant annet Legeforeningen. De var redd dette ville utvanne det psykososiale tiltakselementet i LAR, og beskrev det som et forsøk på å løse kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten gjennom *”enkle – og faglig mindreverdige – tiltak i førstelinjetjenesten”* (Bakke 2004: 1559⁹³). Det er derfor grunn til å drøfte hvordan politiske dynamikker kan være med å påvirke oppfølgingen av denne delen av LAR.

4.6.4 ”Nå må politikerne gjøre noe...”

Når motstanden mot metadon endelig ga etter, var det et produkt av langvarig press mot politikerne grunnet overdosedødsfall og sykelighet hos narkotikabrukerne. Nå så substitusjonsbehandling ble innført, ble, og fortsatt blir, det fremstilt av myndigheter og politikere som å være et tiltak ment å rehabilitere narkotikabrukere. Likevel nås ikke disse målsetningene, og det har heller ikke kommet nok ressurser til at man kunne forvente tilfredsstillende måloppnåelse. LAR-ledelsen selv opplever at denne målsetningen er blitt underordnet de rent skadereduserende: å begrense dødelighet og elendighet. Dette er nettopp de to faktorene som har lagt press på politikere om at de ikke i tilstrekkelig grad lykkes med narkotikapolitikken. Det er den grafiske elendigheten blant brukerne som har skapt mediedekning, og presset på for politisk handling.

Vi ser imidlertid at dødelighet og sykelighet kan reduseres med metadontilbud uten den samme rehabiliteringsinnsats som er skissert i intensjonene. Selv om Norges metadonpolitikk

⁹³ Det bør her presiseres at, i følge Helge Waal, hadde Legeforeningen lenge vært kritiske til metadonprogrammet og også ved etableringen av MAR. Sitatet fra Legeforeningens president illustrerer likevel kulturkonflikten mellom representanter for praksisfeltet og de politiske myndigheter.

formelt er basert på at medikamentet er et supplerende virkemiddel til behandlingstiltak⁹⁴, så viser internasjonal forskning at det motsatte er tilfelle. Det er i stor grad selve medikamentet som er opphav til de positive resultatene, og behandlingstiltak som supplerer medikamentet vil bedre måloppnåelsen (Waal m.fl. 2009: 2,8).

LAR har vist seg å være en langt mindre økonomisk belastning enn sine alternativer. Overslag over samfunnsøkonomiske konsekvenser viser at LAR lønner seg, og til og med offentlige budsjetter kommer positivt ut: *"Vi kommer derfor fram til at det er en sannsynlig gevinst på de offentlige budsjetter med omkring 10 000 kr per år for hver LAR-bruker, sammenlignet med andre opiatavhengige."* (Vindedal m.fl. 2004: 56). Studier av kostnadseffektiviteten (kostnader kontra innsparinger/gevinst) av metadonbehandling med forskjellige psykososiale støttetiltak er blitt gjennomført. Mest kostnadseffektivt i følge både Kraft m.fl. (1997) og Murray (1998) moderat psykososial støtte (referert i Pedersen 2000: 290).

Manglende rehabiliteringsinnsatser har også en forklaring i den formelle organiseringen av LAR, med en arbeidsdeling mellom stat og kommune, mellom spesialisthelsetjeneste og sosialtjeneste. Skadereduksjons- og rehabiliteringsdelen av LAR er derfor to separate målsetninger, med to separate press på seg, og to forskjellige organiseringsprinsipper. Det skadereduserende målet med reduserte overdoser og bedre levekår har det vært et enormt press på politikere for å nå. Det er organisert gjennom statlige bevilgninger til metadonforskrivning, det er relativt ukomplisert å utvide kapasitet, måloppnåelse er realistisk og synlig, og det er ikke dyrt å finansiere. Rehabiliteringsdelen har det vært mindre mediefokus på. Det er et kommunalt ansvar, det krever både kapasitet og kompetanse med tanke på personell, det er vanskelig å oppnå gode og tydelige resultater og det er vanskeligere å finne finansiering.

Det ble i praksis vanskelig å peke på fraværet av rehabiliteringstilbud som et argument for ikke å tilby en medisinsk behandling som man visste ville oppnå positive skadereduserende resultater. Etter Rusreformen, hvor narkotikabrukere fikk pasientrettigheter, ble dette umulig.

⁹⁴ Som det heter i Rundskriv I-25/98, metadonforskrivning er bare en *"del av et helhetlig rehabiliteringsopplegg, bare ett av en rekke virkemidler"*.

Der det er blitt lagt vekt på at politikerne blir presset av media, er det viktig å understreke at det ikke er medias press *per se* som er det som påvirker politikere. Snarere er det de fryktede omdømmekonsekvenser av å bli oppfattet i elektoratet som ikke å forsøke å løse et oppfattet problem, som motiverer til handling. Det er derfor mulig å skille mellom en motivasjon om å løse et problem, og en motivasjon om ikke å bli belastet for ikke å løse det. Ingjerd Schou beskriver faktorene som påvirker politikere til å prioritere narkotikafeltet slik:

”Skal jeg være veldig kynisk så tror jeg at det har vært prioritert fordi det blir for vanskelig å se på. [...] Jeg har ikke den holdningen selv, men jeg tenker at det er litt sånn: ’dette må vi gjøre noe med, fordi det ser så ille ut.’”⁹⁵

I behandlingsvesen, forskermiljø og blant politiet er det mulig å finne uttalelser som tyder på en mistillit mot politikeres motiver (Stoffmisbruk 1-2/92a; Stoffmisbruk 1-2/92c). Som politisjef Roger Andresen ved narkotikaseksjonen i Oslo sa i en kommentar til manglende bedring av tilbud til narkotikabrukere: *”Det er ingen politisk gevinst å hente i å ta seg av de narkomanes situasjon.”* Ingjerd Schou, som var sosialminister under Bondevik II-regjeringen fra 2001 til 2004, opplevde ikke at narkotikabrukere stod sterkt som gruppe kontra myndighetene, og sier: *”Jeg opplevde og opplever fortsatt, som de sier selv, at de er en pariakaste. Det sa de pårørende også, at de ikke ble tatt med samme type alvor, og at de kom nederst ved bordet til tross for at de hadde den dårligste helsen.”*⁹⁶

Det er derfor grunn til å drøfte hvordan den status narkotikabrukere har hatt, har preget deres forhold til myndighetene. I avsnittet om tilbakeføringsmekanismer ble det diskutert hvordan grupper blir sosialt konstruert, og Ingram m.fl. (2007) går gjennom studier av hvordan gruppers sosiale konstruksjoner former og formes av politikk. Disse studiene var en reaksjon på politikkens ofte manglende evne til å nå marginaliserte grupper (Ingram m.fl. 2007: 93). Basert på en gjennomgang av relevant litteratur har de laget et rammeverk som peker på at det er to dimensjoner som påvirker hvordan politikk forholder seg til målgrupper: Gruppens politiske makt og ressurser (størrelse, mobiliseringsevne, materielle ressurser, kompetanse, osv.) og gruppens sosiale konstruksjon, og hvorvidt de oppfattes som mer eller mindre verdige. Ingram m.fl. (2007) hevder at hvor en målgruppe befinner seg langs disse to

⁹⁵ Intervju med Ingjerd Schou

⁹⁶ Intervju med Ingjerd Schou

dimensjoner har klare implikasjoner for hvordan de blir behandlet i politiske prosesser. Ut i fra modellen lager de fire idealtyper:

- a. De favoriserte, med mye makt og positiv sosial konstruksjon
- b. Konkurrenter, som kan være negativt oppfattet, men har mye makt
- c. Avhengige, som er positivt oppfattet, men har lite makt
- d. Avvikere, som har lite ressurser og lav anseelse (Ingram m.fl. 2007: 102)

Uten at det i denne oppgaven er gått særlig inn på det mer detaljerte aspektene ved en slik drøfting, synes det imidlertid klart at det er studier som peker på at det har vært positiv konstruksjon av narkotikabrukere etter den problemutviklingen jeg beskrev i kap. 4.4.2 (se også Klingsheim 2002); dette synliggjøres blant annet gjennom politikken omsorgsdiskurs. Det harmonerer med det bildet som gis i en skadereduksjonsdiskurs, der å hjelpe narkotikabrukeren er en hovedmålsetning. Samtidig er dette en økonomisk svak stilt gruppe, som historisk har organisert seg lite. Dette har det vært noen endringer i siden LAR kom på plass. LAR bidro til å konstruere dem som rettighetshavende kontra staten på en ny måte. Like fullt vil et kort tilbakeblikk på de drøftingene og historiske beskrivelsene som er gjort i foregående kapitler, antyde at heroinbrukere i Norge passer best inn i kategori c. som positivt oppfattet, men ressurssvake. Som Skretting (2007: 304) skriver: *"Although treatment for substance abusers currently enjoys something of a priority status, this is a weak patient group."*

I følge Ingram m.fl. (2007) vil *avhengige* ofte vies politisk oppmerksomhet, men risikerer å bli møtt med politiske tiltak som er *"heavy on rhetoric and low on financing"* (Ingram m.fl. 2007: 193). Som nevnt har ikke økningen i LAR-pasienter blitt fulgt opp med de finansielle innsatsmidler som trengs for å følge opp retningslinjene for rehabilitering. Selve substitusjonspreparatet samt nødvendige urinprøver osv. blir finansiert gjennom helseforetakene og refusjon, men helseforetakene har ikke gitt nødvendige ressurser til oppfølging (Waal m.fl. 2009: 7).

Her er det verdt å bemerke at bruk av penger kan være ment å fungere som et symbol. Norge, som en rik stat, har kapasitet til å bruke bevilgninger slikt. Som psykolog Peter Lohne påpeker: *"[Myndighetene og politikerne] bevilger penger til behandling for å vise at de gjør*

noe, men er egentlig ikke så opptatt av hvordan det går.” (Stoffmisbruk 1-2/92a). Til tross for at det brukes svært mye penger på narkotikapolitiske tiltak i Norge, harmonerer beskrivelsene til Ingram m.fl. (2007) godt med den diskrepansen man ser mellom politiske intensjoner og praktiske resultater på rehabiliteringsdelen av LAR. Denne vektleggingen må riktignok sees i lys av den administrative organiseringen av narkotikapolitikken, og det bør advares mot å hoppe på konklusjoner. Det er liten tvil om at det har vært et ønske om å satse på narkotikabrukernes velferd, også økonomisk. Men, det er usikkerhet knyttet til hvordan økt vekt på spesialisthelsetjenestenes ansvar for narkotikabrukere vil påvirke de sosiale tiltakene (Skretting 2007: 305).

5. Brudd og kontinuitet

I denne delen av oppgaven vil jeg trekke tilbake noen av de teoretiske perspektivene fra kapittel to, for å se med et mer teoretisk blikk på den politiske utviklingen som har skjedd med metadonbehandling. Jeg vil først se på hvordan medisinsk kunnskap kom inn i narkotikapolitikken. Deretter vil jeg gi en grundigere presentasjon av hvordan man kan se at tilbakeføringsmekanismene drøftet i Pierson (1993) har vært aktive i denne prosessen. Som vi så i kapittel fire har svært mye av utviklingen i metadonbehandling etter det ble etablert vært preget av respons på utviklingstrekk og forsøk på å bedre programmets funksjonsevne. Derfor legger jeg særlig vekt på læringsmekanismer, basert på drøftingen av slike i Hall (1993) og Pierson (1993). Til slutt vil jeg gjøre en diskusjon av om etableringen av det LAR-systemet vi nå ser i Norge kan knyttes til et paradigmeskifte i narkotikapolitikken.

5.1 Kunnskapens rolle

Hugh Heclo har presist påpekt at *”politics finds its sources not only in power, but also in uncertainty – men collectively wondering what to do”* (Heclo 1974: 305). Da nye problemer i narkotikapolitikken begynte å manifestere seg ble det skapt en åpning for ny kunnskap. Selv om, som drøftet, krisene først ble respondert på med tiltak som harmonerte med det rådende paradigmet, ble det etter hvert tydelig at man manglet hensiktsmessige verktøy. Dette ledet til to utviklingstrekk som henger tett sammen, og manifesterte seg i en tredje trend. De to første er at medisinerne i større grad kom tilbake, og fikk økt dominans, på narkotikafeltet. Det andre var at det ble rom for, og behov for, forskning og kunnskap i narkotikapolitikken. Dette hadde vært mindre viktig under et sterkt ideologisk regime. Den tredje trenden er en kulminasjon av de to andre, og handler om den vekten som etter hvert ble lagt på medisinsk kunnskap og ekspertise i narkotikapolitikken. Etter hvert skulle helsevesenets kultur få en sterkere rolle, på bekostning av de narkotikapolitiske hensyn som hadde rådet.⁹⁷

⁹⁷ Med dette siktes det til hvordan substitusjonsbehandling har gått fra å være et narkotikapolitisk instrument for myndighetene til en helsepolitisk rettighet for narkotikabrukeren.

5.1.1 Medisinerne kommer

Det norske behandlingssystemet har vært dominert av sosialarbeidere og, i noe mindre grad, psykologer og psykiatere. Det medisinske feltet har spilt en betydelig mindre rolle (Skretting 2007: 293). Verken Karl Evang eller Torbjørn Mork jobbet for å integrere medisinerne.⁹⁸ Det var heller ikke noen særlig interesse for medisinsk forskning på temaet.⁹⁹

HIV/AIDS-epidemien brakte en del leger inn i narkotikafeltet igjen, og de tok med seg metadonbehandling som forslag. Det var tre aktører som brakte metadon inn på agendaen igjen. Det var infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål sykehus, det var en del privatpraktiserende leger foreskrev metadon til narkotikabrukere, gjennom å omgå regelverket fra 1976 (Stoffmisbruk 4/87d), og det var Helge Waal. Det var en krise som skulle til for at det ble åpnet for deres perspektiver. *"Exogenous events present subsystem participants with opportunities or obstacles for translation of their policy beliefs and preferences into public policy,"* skriver Jenkins-Smith m.fl. (1991: 854). Medisinerne brukte krisene som bygget seg opp blant narkotikabrukere som en anledning til å fremstille metadonbehandling som et rent medisinsk tiltak, slik HIV-Met ble presentert. Det ble hele tiden vist forståelse for at dette måtte representere unntak fra den etablerte narkotikapolitikken. Som Georg Pettersen sa: *"Epidemibekjempelse er noe annet enn tradisjonell misbruksbehandling."* (Stoffmisbruk 3-4/86).

Den rollen medisinerne fikk på feltet kan knyttes til den som drøftes av Haas (1997) i hans arbeid om *epistemic communities*. Dette kan defineres som en gruppe aktører som deler *"a body of knowledge, a set of normative commitments and a policy objective"* (Sending 2004: 11); Haas (1992) bruker definisjonen *"[a] network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue-area"* (Haas 1992: 3). Samtlige av disse kriteriene innfris av legene i metadondebatten. Innflytelsen til en slik gruppe er betinget av at beslutningstakere er usikre om et problems karakter eller deres egne interesser i dette (Sending 2004: 11). Derfor vil jeg i neste avsnitt se på hvordan kunnskap og forskning ble gjort viktig for myndighetene.

⁹⁸ Intervju med Ketil Bentzen

⁹⁹ Intervju med Martin Blindheim

Det var imidlertid en liten gruppe medisinere det gjaldt. Det er også en annen utvikling som har brakt medisinsk kompetanse og personell inn i narkotikapolitikken, og det var en politisk målsetning å integrere dem for å sikre helsetjenester til narkotikabrukere. De viktigste drivkreftene bak medikaliseringen i narkotikapolitikken har hovedsakelig vært sentrale personer i politikk og embetsverk (Skretting 2007: 292).

Før Rusreformen kom hadde det vært vanskelig å få kvalifiserte medisinere til å arbeide med narkotikabrukere (Skretting 2007: 300). Ingjerd Schou husker det slik: *”Jeg opplevde vel at legene ikke var noe særlig interessert i problemstillingen og at de egentlig ikke var så interesserte i rusmisbrukere som pasientgruppe heller.”*¹⁰⁰ Å organisere behandlingstilbudet til narkotikabrukere gjennom spesialisthelsetjenesten, samt gi brukerne pasientrettigheter, tvang medisinere til å engasjere seg på en annen måte enn tidligere. Etableringen av et medikamentelt behandlingstilbud førte også behandlingen mer over på medisinerens domene. Også Ingjerd Schou husker det slikt: *”Jeg tror det ble flere [leger] interessert når du også kunne snakke om en medikalisering. [...] Jeg har alltid tenkt at skal du få legene interessert så er det greit å ha med seg ei pille, litt spissformulert.”*¹⁰¹ Det bidro også til å endre den formelle fordelingen av autoritet i narkotikapolitikken, og styrket den medisinske kompetansens tilgang til myndighetene.

5.1.2 Kunnskap blir viktig

Jørgen Jepsen har beskrevet narkotikapolitikken som et forskningsresistent område (sitert i Stenius 2000: 307). Som tidligere statsråd Einar Steensnes kommenterte: *”Jeg tillater meg å sette forskernes kjølige og nøkterne vurderinger til side, og stille en politikers oppriktige tro på at dette skal vi lykkes med, i sentrum.”* (Stoffmisbruk 1-2/92b)¹⁰² Det har på narkotikafeltet vært et sterkt normfellesskap, som også har inkludert forskningen (Fjær 2005); Fjær viser til at offentlig interesse for et temaet *”skaper andre krav til forskningen enn de vanlige interne kvalitetskravene og idealet om kritisk distanse”* (Fjær 2005a: 3). Som Torbjørn Mork uttrykte

¹⁰⁰ Intervju med Ingjerd Schou.

¹⁰¹ Intervju med Ingjerd Schou.

¹⁰² Det ble referert til Steensnes' sitat uten å oppgi originalkilde, men det fremkommer av konteksten at det er narkotika-behandling uttalelsen gjelder.

det, var det en målsetning *”å bidra til at de eksisterende forskningsressursene blir satt inn på de områdene der de best kan tjene vår felles kamp mot narkotikaproblemene”* (Stoffmisbruk 3/80: 2). Både NOU 2003:4 og Fjær (2005a) fremhever at det er svært lite forskning som vurderer effekten av og alternativer til kontrollpolitikken.

I narkotikapolitikken har det fra politikken hold vært en utbredt skepsis til kritisk forskning (Fjær 2005a: 8-9). En interessant anekdote fant vi på et seminar for fagfolk og politikere i 1986, der det i innledningene ble fremmet en del kritiske perspektiver på narkotikapolitikken, især kontrollelementene. Etter innledningene var det først og fremst politikerne som kom med kritiske kommentarer. De advarte mot å *”resignere”*, hevdet at liberalisering var *”farlig”* og viste til at det var grupper og mennesker som *”burde beskyttes mot narkotika”*. De var kategorisk avvisende til å gi opp målsetningene om et narkotikafritt Norden, fordi å begrense seg til å minske skadevirkningene av narkotika ville *”bety at vi aksepterer disse påvirkningene”* (sitater fra Stoffmisbruk 4/85b). Vi ser her en konflikt mellom forståelsesformer, der vitenskaplige bidrags relevans avvises med henvisning til verdiladete hensyn og målsetninger. Norsk narkotikapolitikk har historisk ikke vært forskningsbasert; *”drivkraften,”* skriver Waal (1996: 12-13) *”i politikken er snarere troen og engasjementet, troen på at noe bør gjøres og viljen til å forsøke.”*

Det som har vært påfallende har imidlertid vært mangelen på forskning. Til tross for at det er brukt enormt mye penger på narkotikapolitikken forskjellige innsatser, har bevilgningene til narkotikaforskning vært små. Bergljot Baklien fra UiO skrev at *”det viktigste med narkotikaforskningen i 1990-årene kan bli å passe på at den i det hele tatt finnes”* (Baklien 1990: 10). Helge Waal har vist til det enorme gapet som var mellom de kostnader samfunnet hadde knyttet til behandling av narkotikabrukere, og de pengene som ble bevilget til forskning på området: *”60 millioner til rusmiddelforskning i løpet av 15 år er latterlig lite, samfunnet bruker jo over en milliard kroner bare til rusmiddelbehandling årlig!”* (r&a 2/01)

Etter hvert som krisene meldte seg i narkotikapolitikken skaptet det nye målsetninger for den politiske innsatsen. Man fikk, som påpekt i kap. 4.4, stadig mer følelsen av, og kunnskap om, at de abstinensorienterte behandlingstiltakene ikke hadde den effekten man ønsket (Ravndal 1993; Ravndal 2005). I tillegg var det langsikte fokuset på fullstendig rusfrihet og

rehabilitering mindre egnet for å håndtere umiddelbare problemer som smitte, sykелighet og dødelighet. Disse problemene var alvorlige, de måtte løses, og man var usikre på hvordan det best kunne gjøres. Først og fremst skapte disse kritiske trendene en sterk usikkerhet blant myndighetene. Kunnskap kan være som en potensiell ressurs for politikere, beslutningstakere og andre aktører i den politiske prosessen, fordi det kan begrense usikkerhet.

I Norge har vi hatt tre større forskningsprogrammer innenfor Norges Forskningsråd om narkotikapolitikken; ett var konsentrert om forebygging (1986-1991), og så de to Rusmiddelforskningsprogrammene fra 1991-1995 og 1996-2000. Etter år 2000 har rustemaet vært inkludert i programmet ”helse og samfunn”, som i 2006 ble endret til ”folkehelseprogrammet” (Fjær 2006: 179).

Det kanskje tydeligste uttrykket for at stemningen hadde endret seg i løpet av 90-tallet var nedsettelsen av Forskerkommisjonen som utarbeidet NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet*. Mandatet deres var å gå gjennom den eksisterende forskningen på en måte som kunne legge grunnlag for videre ruspolitiske veivalg. Ingjerd Schou, som var sosialminister da kommisjonen ble nedsatt, beskriver det som at man trengte ”en kritisk gjennomgang som kunne si hva virker og hva virker ikke, og hvordan går vi videre nå. På samme måte som vi har det innenfor kreft eller hudsykdommer osv, så har du et evidence based grunnlag. [...] Så [målet] var jo det å gi status, kunne dokumentere og dermed målrette tiltakene på en helt annet måte. Kvalitet og økonomi!”¹⁰³

Narkotikapolitikken skulle bli kunnskapsbasert, og effekten av tiltak skulle måles. Det fordrer særlig to spørsmål: *Hvem sin kunnskap skal politikken baseres på, og hvilken effekt av tiltakene skal måles?*

5.1.3 Medisinsk kunnskap og forståelse

Det har vært et økende press i rusomsorgen for å dokumentere at behandlingstiltak har effekt (Skretting 2005). Vektlegging, måling, estimering og forventinger om effekt vil påvirke

¹⁰³ Intervju med Ingjerd Schou

kunnskapsproduksjon, privilegering av noen former for tiltak fremfor andre og bestemte former for ekspertise.

Innen sosiologisk litteratur er det viet mye oppmerksomhet til hvordan stadig flere problemer i det moderne samfunnet blir ”medikalisert”, og trekker inn begreper om sykdom, behandling og former for profesjonell autoritet (Rochefort og Cobb 1994). Klingsheim (2002: 83) viser gjennom sin diskursanalyse hvordan synet på narkotikabruk og -avhengighet som sykdom, og narkotikabrukeren som pasient fikk dominere den narkotikapolitiske diskurs mot år 2000, og hvordan målet for behandling gikk fra rusfrihet og skadereduksjon. Denne trenden er dokumentert i den faktiske politikken i de øvrige kapitlene, og det er derfor interessant å se at den speiler seg i diskursen.

Det som er særlig påtrengende er hvordan idealer om evidensbasert kunnskap har kommet inn på narkotikafeltet. Evidenstankegangen startet å bre om seg fra tidlig 90-tall. I vestlige land i dag er evidens idealet i helsevesenet, derunder narkotikafeltet (Bergmark 2007: 589; Ravndal 2006: 260). At en medisinsk tilnærming til kunnskap gjør seg i økende grad gjeldende på narkotikafeltet følger også av at medisin blir viktigere på narkotikafeltet (Valentine 2009: 444), samtidig som den statusen evidensbasert medisin nyter også kan fungere som å privilegere medisinsk forskning og kompetanse på narkotikafeltet.

Evidensbasert kunnskap har sine røtter i medisinen, og kjennetegnes av to ting: systematiske kunnskapsoppsummeringer, og, som disse skal være mest mulig basert på, randomiserte kontrollerte forsøk (RCT, randomized controlled trials) (Melberg 2006: 173). Målet med evidensbasert medisin er å gjøre medisinsk praksis mer rasjonell og vitenskaplig styrt (Valentine 2009: 449). Som Skretting (2005: 126) skriver, må det *”tas i betraktning at det innen medisinske fagdisipliner er langt større tradisjon for forskning som tilfredsstiller normkravene til denne type kunnskapsoversikter.”*

Medikaliseringen kan knyttes til behovet for definitiv kunnskap som kan oppstå i politiske beslutningsarenaer for å legitimere tiltak. Evidensbasert kunnskap og evidensbasert praksis er blitt ”gullstandard” for forskning, og har etablert en prestisjefylt metodikk.

Ekspertkommisjonen som utarbeidet NOU 2003:4 *Forskning på rusmiddelfeltet* fikk i mandat

å komme med *”forslag til tiltak som, ut fra eksisterende forskningsbasert kunnskap, kan forsterke og effektivisere det rusmiddelforebyggende arbeidet, behandlingen av og omsorgen for misbrukere og deres pårørende.”* (NOU 2003:4: 48). I sin forskningsgjennomgang la den vekt på at forskningen skulle være evidensbasert, og utelot en rekke forskningstradisjoner som ikke innfridde kravene til evidens. NOUen viser en klar prioritet til RCTer (NOU 2003:4: 45). NOUen ble da kritisert fordi det var begrenset hva den da sa om kunnskapsgrunnlaget (Nesvåg 2003: 38). Nettopp det at det legges så tung vekt på nøytral forskning på rusfeltet har også blitt kritisert av Fjær (2010) som skriver:

”For å sikre nøytralitetsidealet rettes oppmerksomheten nå ganske ensidig mot metodisk kvalitet. Tidligere hadde det vært naturlig å også vurdere forskningen ut fra sosiale og politiske verdier som mangfold og individuell frihet.” (Fjær 2010: 159)

Kuovonen (2000) spør om det store misforholdet mellom forskning på metadonbehandling (som det er mye av) og forskning på andre former for behandling (som det har vært begrenset av) er et symptom på en økt medikalisering av behandlingsvesenet på narkotikafeltet (Kuovonen 2000: 283)¹⁰⁴. En gjennomgang av internasjonal litteratur om skaderedusering viser at de helseorienterte målene ved skadereduksjon er mye mer behandlet enn de sosiale målsetningene (Andersen og Järvinen 2007: 245). Det er imidlertid mulig å se på medikaliseringen som et produkt av strengere krav til kunnskap gjennom noen bestemte former for forskning, som egner seg best for medisinske behandlingsformer. Johnson (2007: 276) fremhever dog som en positiv konsekvens av bruk av RCTer og idealer om evidens i narkotikabehandlingen i Sverige, at man i et svært politisert felt har klart å luke ut dokumentert ineffektive behandlinger og begrense rommet for å ta avgjørelser som på ingen måte forholder seg til kunnskap.

At RCTer er best egnet for helsefaglige behandlingsformer, som ved forskrivning av metadon, heroin og Subutex, gjør at slike former for behandling privilegeres av disse kunnskapskravene. Valentine (2009) argumenterer for at å sette et klart skille mellom det sosiale, eller politiske, og det vitenskaplige i narkotikapolitikken er noe misvisende. Den økte innflytelsen som medisinsk forskning får for politisk handling på dette feltet, kan gjøre det enda viktigere med et reflektert forhold til hvilke verdier og interesser som styrer narkotikapolitikken. Hun spør: *”What social and political values determine the (apparently*

¹⁰⁴ Hun understreker riktignok at studien hennes ikke gir tilstrekkelig grunnlag for en slik konklusjon.

values-neutral) technical components of programme evaluation?” (Valentine 2009: 450-451)

Selv om RCTer kan, om man unngår de metodologiske debattene (ref. Ravndal 2006), forsøksvis ”objektivt” studere effekten av tiltak, så er det to forbehold som må nevnes: for det første er vektleggingen av forskjellige effekter, og den rolle kost-nytte analyser skal spille, politiske spørsmål i seg selv, som ikke kan reduseres til vitenskapliggjøring. For det andre, når kravene til evidens blir rådende på et felt, innebærer det en privilegering av de tiltak som har blitt eller egner seg for å bli forsket på, på bekostning av tiltak som er vanskeligere.

Slik sett kan man se at medisinske behandlingsformers inntreden på narkotikafeltet blir forsterket ved at de egner seg for å evalueres etter de strenge metodekrav som stilles for valid kunnskap. At deres effekt så bevises, styrker igjen medisinenens status på narkotikafeltet. Dette er temaer som er utenfor rammen av denne oppgaven å besvare, men viser noen parallelle trender som virker inn mot narkotikapolitikken, og må sees i sammenheng med det som er oppgavens tema. Et bilde av utviklingen av medikamentell behandling av narkotikabruk bør ta høyde for den rollen evidensbasert kunnskap har fått i helsevesenet.

5.2 Tilbakeføringsmekanismer i metadonpolitikken

I *kapittel to* ble det påpekt at for at stivhengighet skal være en realitet, er man avhengig av at tilbakeføringsmekanismer er i operasjon. Pierson (1993) gir et overblikk over ulike tilbakeføringsmekanismer. Han skiller mellom materielle og kognitive effekter, og disse kan operere på tre nivåer: myndigheter og offisielle beslutningstakere (*governmental elites*), interessegrupper og befolkningsnivå (*mass publics*).

Hvordan tilbakeføringsmekanismer vil se ut innenfor de forskjellige kategoriene ble presentert tidligere, men jeg vil her gjengi Piersons (1993) fremstilling av dem:

	Nivå for påvirkning		
	Myndigheter	Interessegrupper	Befolkning
Materielle	Administrativ kapasitet	"spoils" Organisasjons nisjer Finansiering Tilgang til beslutningstakere	"lock-in" effekter
Kognitive	Læring	Læring Synlighet/sporbarhet	Synlighet/sporbarhet

Figur 2. Dimensjoner for tilbakeføringsmekanismer, hentet fra Pierson (1993)

Som Pierson (1993: 625) skriver: *"Although many of the processes sketched out [...] will not be important in particular cases, each should be explored."* I dette kapittelet vil jeg gå gjennom disse tilbakeføringsmekanismene, og drøfte hvor forutsetningene for dem har vært tilstede i narkotikapolitikken, og hvor man kan se at de har manifestert seg. Jeg vil i et eget avsnitt vie ekstra oppmerksomhet mot elementer av læring. Det er disse som bryter mest med standard statsvitenskapelig teori (Pierson 1993: 626; se også Hall 1993). Derfor vil jeg første gi en kort gjennomgang av hvordan vi i den historiske analysen har sett tegn på de øvrige tilbakeføringsmekanismene. Det vil fremkomme at tilbakeføringsmekanismer kan sees å ha spilt en sentral rolle. Det vil imidlertid være viktig å påpeke at tilbakeføringsmekanismer

innebærer én av flere mulige kilder til politisk utvikling, som virker sammen med øvrige elementer, som for eksempel partipolitiske dynamikker.

Administrativ kapasitet. Når et politisk program av en viss art er etablert, vil kostnadene ved å utvide eller innføre lignende programmer være mye mindre, fordi det organisatoriske apparatet allerede er på plass. Når MAR ble etablert, så vi at det raskt kunne utvides på to måter: ved å ta i bruk nye preparater, og ved å ta inn flere pasienter. Skretting (1997a) viser hvordan etableringen av MiO var svært komplisert. Det var vanskelig å finne lokaler, det var lunkent med finansiering og det var svært utfordrende å skaffe kompetent personell, særlig medisinsk. Å øke pasientantallet i substitusjonsbehandling har derimot ikke vært kostbart, og i følge evalueringen av LAR fra Vindedal m.fl. (2004) har det med all sannsynlighet en positiv effekt på offentlige budsjetter. Ved å innordne LAR under spesialisthelsetjenesten, og ved å gi pasientrettigheter til narkotikabrukere gjennom Rusreformen gir man en ny forpliktelse til helsevesenet om å ivareta denne gruppens rettigheter. Når MAR-systemet først var operativt, ble det ukomplisert å introdusere nye medikamenter i behandlingen. Det så vi tydelig da buprenorfin (Subutex) ble vedtatt innført i 1999 (effektivt fra 1.1.2000).

Lock-in effekter. Med lock-in effekter siktes det til hvordan aktører og de som påvirkes av en politikk tilpasser seg denne, styrker dens grunnlag og dermed danner en basis for dens videreføring. I metadonpolitikken kan man se en slik mekanisme i forhold til det store antallet av narkotikabrukere som nå mottar substitusjonsbehandling. Mange av de har bedret funksjonsevne etter at de kom inn i LAR. Substitusjonspreparatene er imidlertid, som opioider, sterkt avhengighetsdannende – metadon mer enn heroin. Nytteeffekten av LAR er tett koplet til medikamentet (Waal m.fl. 2009). Erkjennelsen av dette ligger til grunn for at LAR knapt utskrives pasienter mot sin vilje. Effekten av å tilbakekalle et slikt program synliggjordes i 1976, når Helsedirektoratet satte en stopper for privatpraktiserende legers metadonforskrivning. Det ledet til relativt dramatiske konsekvenser for dem som fikk stoppet tilførselen (Frantzsen 2001; ref. *kapittel fire*). Selv om dette kanskje var håndterbart da, har vi i foregående kapitler sett på hvordan målsetningene for narkotikapolitikken har endret seg mot en økt vektlegging av skadereduksjon. De potensielle konsekvensene av å revurdere

metadonbehandling vil bryte mer fundamentalt med de politiske målsetninger for narkotikapolitikken etter MAR ble igangsatt, enn de gjorde da.¹⁰⁵

Politikk som kilder til informasjon: For at politikk skal fungere som kilder til informasjon, forutsetter det at den er *synlig* og *sporbar* (Arnold 1990¹⁰⁶). Problemene den skal løse må være synlige, og det må være en effekt som er mulig å spore til den aktuelle politikken. Medias rolle i å generere oppmerksomhet er drøftet i kap. 4.4.1. Narkotikabrukere har vært svært synlige i bybildet i Oslo, og den såkalte Plata-kontroversen belyser dette (Sosialdepartementet 2002). Det som fremkom i den diskusjonen var hvordan synligheten av problemet med sykелighet og dødelighet blant narkotikabrukere var enorm. Prospektene for metadonbehandling skapte hva Pierson (1993: 619) omtaler som *focusing events*. Ved å ha en kontroversiell løsning¹⁰⁷ på et alvorlig problem, skapte det mulighet for økt oppmerksomhet ved dette problemet, ved å aktualisere og muliggjøre konflikter tilpasset medienes logikk. Det synliggjorde den *policy failure* som var knyttet til de etablerte behandlingstiltak.

Sporbarheten ved å utvide substitusjonsbehandling er stor. For det første hadde man overdosene. Til tross for at introduksjonen av legemidler i behandlingstilbudet til narkotikabrukere tolkes som å ha reddet liv, er overdosene fortsatt på et høyt nivå (se Tabell 1). Imidlertid har det i media vært et tett fokus på ventelistene for å komme med i MAR/LAR. Å redusere disse ventelistene har en direkte sporbarhet til de bevilgninger som gis til den medikamentelle delen av LAR gjennom statsbudsjettet. I rehabiliteringsdelen av LAR er gevinstene av mindre synlige og mindre håndfaste. Et rehabiliteringsopplegg strekker seg over lang tid, og tidsperspektivet begrenser sporbarheten¹⁰⁸. Som Pierson (1993: 622) har politikere muligheter til å tilpasse sine politiske valg til graden av synlighet og sporbarhet, og bruke dette strategisk. I lys av den korte foregående diskusjon er det klart at om politikere skal manøvrere strategisk etter kognitive tilbakeføringsmekanismer på befolkningsnivå, så er det

¹⁰⁵ Her bør det likevel nevnes at det er mange grunner til at å reversere innføringen av substitusjonsbehandling ikke oppfattes som en mulighet, men denne drøftingen viser et annet aspekt ved hvorfor en slik snuoperasjon ville være vanskelig – og kan også være et bidrag til å se på hvordan, i et læringsperspektiv, den prinsipielle motstanden mot metadon både ble redusert og fikk minnet innflytelse på politikken.

¹⁰⁶ Arnold (1990) sine perspektiver er kommunisert i Pierson (1993), s. 612-622.

¹⁰⁷ I det minste var det slik det ble fremstilt som av media, brukere og en del politikere, ref. kap. 4.4.

¹⁰⁸ Selv om behandlingsresultater lar seg spore til behandlingsinnsats, så er tidshorisonten noe som gjør koblingen mindre umiddelbar, samtidig som det i større grad begrenser potensialet for å koble de positive resultatene til den eller de aktuelle politikere.

langt større potensielle gevinster knyttet til den medikamentelle delen av LAR, enn for rehabiliteringsdelen.

5.2.2 Narkotikabrukere – fra klient til pasient

Effekten på interessegrupper vært en av de viktigste tilbakeføringsmekanismene som ble pekt på i tidlige HI-studier (Skocpol 1992: 58). Den sosiale konstruksjonen av og statusen for narkotikabrukere endret seg i etterkant av innføringen av metadonbehandling i Norge. Den økte rollen medisinerne fikk på narkotikafeltet er redegjort for tidligere, og må sees som et produkt av politiske endringer – både i LAR spesielt og fokus på helsetjenestens rolle overfor narkotikabrukere generelt. Hvordan brukerpopulasjonen er sosialt konstruert og de ressurser den har er for omfattende til å drøfte grundig her, og jeg vil begrense meg til å se på hvilke konkrete effekter ved substitusjonsbehandling som har hatt effekter på denne gruppen, basert på Pierson (1993) sin oppsummering av mulige effekter.

Bestemte politiske løsninger og tiltak sender signaler til grupper i samfunnet, enten eksplisitte eller implisitte. Disse signalene former hvordan grupper oppfatter seg selv, og oppfattes av andre. Det former hvilke erfaringer og lærdommer grupper gjør seg om hvordan deres problemer oppfattes av myndighetene, hvorvidt deres synspunkter blir tatt hensyn til, deres interesser til godesett og deres politiske deltakelse kan forventes å bære frukter (Ingram m.fl. 2007: 96).

Innføringen av metadonbehandling innebar en reklassifisering av narkotikabrukeren som rettighetshavende kontra staten. Det skjedde i to steg: først symbolsk, deretter juridisk. Dette ble styrket av at myndighetene først var skeptiske til å starte et forsøk, og så innførte et restriktivt et. Dette bidro til å mobilisere gjennom å skape en bevissthet om at et hjelpetilbud eksisterte, men ikke ble tilbudt narkotikabrukerne. Om man følger Carl Schmitt (1932) sin analyse av fiendebilder som essensielle drivkrefter for mobilisering og enhet, ble fraværet av metadontilbud en anledning til å konstruere en enhetlig identitet i møte mot de som stilte seg negative til metadonbehandling.

At MiO muliggjorde en fellesskapsfølelse og bevisstgjorde brukerne at de kunne ha rettigheter kontra myndighetene, så man ved at i starten av MiO var pasientene en tett gruppe som dannet en egen forening for å representere metadonbrukere (r&a 2/2000). Et enda tydeligere eksempel så vi 21.6.1997. Da gikk et femtitalls demonstranter mot Stortinget og regjeringsskvartalet med krav om økt metadontilbud. De fleste var narkotikabrukere, noen var pasienter i MiO og noen øvrige var personer som sympatiserte med saken. Dette var den aller første gangen av narkotikabrukere i Norge hadde tatt initiativ til en demonstrasjon for egne krav, og bakgrunnen var at utvidelsene av metadonprogrammet som ble lovet i St.meld. nr. 16 (1996-97) ikke kom i gang (Stoffmisbruk 3/97).

At metadon ble introdusert skapte nye vilkår og selvoppfatninger for narkotikabrukere. Gjennom MiO ble det vedtatt at brukerne som kom inn i programmet skulle klassifiseres som pasienter (Ervik 1997). Det ble med på å legitimere tilstanden deres som en sykdom. Eksistensen av et lite metadonprogram gjorde at den prinsipielle motstanden ble undergravd, ved at det nå var mulig å forankre kravet om metadonbehandling i eksistensen av et metadonprogram, om enn lite. Samtidig signaliserte det en vilje til å hjelpe narkotikabrukerne, gjennom å innføre et nytt hjelpetiltak. Ingram m.fl. (2007) referer en rekke studier som viser at grupper som får positive signaler gjennom å bli politisk tilgodesett ofte er mer aktive politisk, mens grupper som belastes negativt i politiske prosesser tenderer mot å bli mer marginaliserte. Dette er en form for tilbakeføringsmekanisme som ligger til rette for stivhengighet, ved at etablerte programmer mobiliserer grupper for deres utvidelse.

At MiO-pasientene organiserte seg, og at MAR bevisstgjorde øvrige narkotikabrukere potensialet for å organisere seg henger sammen med at det ikke var noen etablert koordinert aktivitet på dette feltet. Mangelen på etablert organisering fremheves som en variabel som gjør potensialet for interessegruppemobilisering som følge av politikk større (Pierson 1993: 602).

Helge Waal beskriver effektene av LAR slik:

”Jeg mener at LAR-systemet har bidratt vesentlig til at sprøytenarkomane, eller heroinavhengige personer, langt på vei er blitt definert primært som pasienter – pasient som syk [...]. Det har styrket oppfattelsen av problemet som et helseproblem mer enn som et lovteknisk eller strafferettslig problem.”¹⁰⁹

Metadonbehandling, som en medisinsk behandling av narkotikaavhengighet, legitimerer dermed oppfatningen om avhengighet som en sykdomstilstand. Eksistensen av metadonbehandling sender signaler og kommuniserer en mening om narkotikabrukere som syke. Gjennom etableringen av MAR, og senere Rusreformen, fikk de en juridisk status som subjekter for helsevesenet. At MAR ble etablert uten noe tak, men skulle tilbys alle som innfridde inntakskriteriene, endret statusen til de som ble stående på ventelister. Det ble en rettighetsfesting av et tilbud, og rettigheter som ikke oppfylles skaper insentiver til mobilisering og utvikling av identiteter. Med Rusreformen ble pasientrettighetene slått fast ytterligere.

Etableringen av et program for substitusjonsbehandling i Norge hadde tydelige effekter på narkotikabrukernes selvoppfattelse samt deres forhold til myndighetene. Deres status som syke ble bekreftet gjennom programmet, og fungerte som en motvekt til den avvikerstatusen som er knyttet til kriminaliseringen av narkotikabruk. Dette ga økt rom for at narkotikabrukere kunne artikulere sine rettigheter. Dette blir ikke en utfyllende beskrivelse av dette temaet, men innenfor det som er dokumentert i denne oppgaven er det likevel mulig å se klare effekter på interessegruppeformasjon som følge av substitusjonsbehandlingens inntreden.

5.2.3 Læringsmekanismer på myndighetsnivå

Hall (1993: 278) definerer læring¹¹⁰ som ”*a deliberate attempt to adjust the goals or techniques of policy in response to past experience and new information. Learning is*

¹⁰⁹ Intervju med Helge Waal.

¹¹⁰ Begrepsbruken varierer her, Pierson (1993) bruker betegnelsen *policy learning* mens Hall (1993) viser til *social learning*. Uavhengig av prefiks vil *læring* dekke godt nok innholdet, selv om jeg, i likhet med Pierson,

indicated when policy changes as the result of such a process.” Fokuset vil være på aktører i eller nær politiske beslutningsprosesser, og i de organisasjoner som har myndighet til å utforme endringer (Pierson 1993: 611). Det er likevel klart at til tross for fokuset på autonome handlinger fra myndighetene¹¹¹, så vil aktører utenfor staten, som interessegrupper, media, profesjoner, kunne ha innflytelse på statens handlinger. For at slik læring skal foregå forutsettes det imidlertid at staten kan handle relativt autonomt, uten eksogene hindringer for det den ønsker å gjøre.

Så fort MAR var etablert ble en rekke av avgjørelsene om programmets omfang og design fjernet fra Stortinget som politisk arena, og flyttet over til regjering og underliggende etater, i sær HelseDirektoratet. Rehabiliteringsdelen var som nevnt hovedsakelig knyttet til det kommunale tiltaksapparatet. Medikament- og kontrollelementet, samt kapasiteten for inntak, ble knyttet utelukkende til budsjettspørsmål og statlige bevilgninger. I St.meld. nr. 16 (1996-97) vedtok Stortinget at alle som oppfylte inntakskriteriene for MAR skulle få plass. Det ble ikke gjort noe forsøk på å sette noen politisk begrensning på programmets størrelse. Forskriften utarbeides nå i HelseDirektoratet. Det vil selvsagt være en bred prosess med å utarbeide dem, inkludert høringer og en bredt sammensatt arbeidsgruppe, slik vi så i arbeidet med de nye retningslinjene, men beslutningsmyndigheten ligger ikke i Stortinget¹¹². Gjennom Rusreformen ble også deler av LAR tilbudet endret ved at narkotikabrukerne ble gitt pasientrettigheter, på en måte som la føringer for videre utvikling av programmet. Kravene i statssentrert læringsperspektiv til at staten kan handle autonomt synes derfor å innfris.

Basert på fremstillingen av endringer i LAR fra foregående kapittel, kan læringsprosessene i utviklingen av metadonbehandlingen i Norge fremstilles på følgende måte, der de synes å ha vært gjeldende.

fokuserer på læring knyttet til det etablerte politiske programmet (som var Piersons motivasjon for å presisere at det var *policy learning*. (Pierson 1993: 612)

¹¹¹ Hall (1993) bruker i sin analyse begrepet staten.

¹¹² Stortinget har selvsagt innflytelse som lovgivende forsamling, men i det praktiske arbeidet er forskriftsretten delegert til HelseDirektoratet, og Stortingets påvirkning er begrenset til å stille spørsmål til statsråden og sette agenda.

Figur 3. Læringsmekanismer for medikamentelt tilbud til narkotikabrukere¹¹³

Emne	Utgangspunkt	Læring	Utvikling
Overdoser og sykkelighet	Stor elendighet i brukergruppen Økende antall overdoser, og tungt press for å redusere	Forskrivning av metadon, selv uten rehabilitering, reduserer overdoser, gjennom at injisering opphører. Bedret sosial funksjonsevne, muliggjør bedre helse. Slutt på, eller redusert, injisering hindrer injeksjonsskader som abscesser og infeksjoner. Slutt på, eller redusert, injisering kan hindre smitte av sykdommer som HIV/AIDS og hepatitt B og C.	Stadig flere tas inn i programmet, selv om de forutsatte rehabiliteringstiltak ikke er på plass, fordi metadonbehandling har positive effekter her. Positive resultater demper press på politikere.
Rehabilitering	Rehabiliteringstiltak skal være integrert, yrkesmessig og sosial rehabilitering er målsetning, metadonfrihet på sikt.	Vanskelig å få på plass tilstrekkelig kapasitet, samt vanskelig å nå rehabiliteringsmålsetningene for dem som får oppfølging. Også, at rehabilitering ikke oppnås får ikke like mye oppmerksomhet i media som overdoser og sykkelighet.	Forventningene senkes, rehabilitering redefineres til å være mindre ambisiøst på pasientenes vegne. Forventningene til hva programmet skal oppnå dempes. Mindre press på politikere og myndigheter for å sørge for rehabilitering, gjør at LAR kan utvides selv om rehabilitering mangler, og muliggjør mindre statlig ansvar for å få det på plass. Arbeidsdelingen mellom stat og kommune ikke problem. Rehabiliteringsmålsetningen beholdes, men innholdet i den er blitt annerledes.
Antall pasienter	Lite program	Nye epidemiologiske data viser at anslagene for brukere var altfor små, samt økt antall injiserende narkotikabrukere og økende problemer i denne gruppen.	Stadig flere fyller kriteriene for å komme inn, det er ikke noe tak på størrelse for programmet og det er enormt mediepress for å inkludere dem. Det skjer.
Andel med nytte	Kun for et lite antall av de mest utslåtte	Oppdager at stadig flere ønsker seg og kan ha nytte av metadonbehandling, forutsetningen om at det bare gjaldt noen få viser seg å ikke stemme. Abstinensorientert e behandlingstilbud lykkes for svært få. Flere kan ha nytte av metadon.	Anslagene for hvor mange som bør inkluderes i programmet oppjusteres, og harmonerer etter hvert mer med det som er internasjonalt vanlig. De gamle målsetningene om å holde programmet lite blir i praksis forkastet, og man snakker om en ønsket dekningsgrad på rundt 70 pst.
Bruksområder	Metadon kun som støtte til behandling	Kan anvendes på avrusning og vedlikehold, og oppnå gode resultater.	Subutex tilbys personer på venteliste for inntak i LAR. Startes bruk av metadon i avrusning. ¹¹⁴
Rusfrihet	Metadonbehandling forutsetter at det ikke er noe sidemisbruk. Sidemisbruk skal lede til eksklusjon.	Sidemisbruket opphører ikke. Selv de som fortsetter å bruke noe narkotika ved siden av metadonet ser ut til å ha positive resultater knyttet til metadonbehandlingen. Å innordne narkotikabrukere som pasienter gjør det vanskelig å kaste ut noen som har nytte av en behandling av narkotikapolitiske hensyn.	Rusfrihet oppgis etter hvert som målsetning i praksis. Kan ikke begrunne utskrivelse. Cannabismisbruk tolereres, og er enighet om at ikke skal kunne lede til utskrivelse. Noe variasjoner i regional praksis.
Inntakskriterier	Skal være strenge, for å bare ta inn de mest langtkomne. Høy aldersgrense, dokumentert forbruk, forsøkt medikamentfri behandling.	Ingen reell faglig begrunnelse for aldersgrensene, også personer under har behov. Sterkt press for å ta inn yngre. Mange rusmisbrukere har ikke evne til å dokumentere forbrukets lengde, samt mange med kortere forbruk enn ti år har behov for, eller kan ha nytte av metadonforskrivning. Mange av de mest utslåtte brukere har ikke hatt kontakt med behandlingsvesenet, samt forventningene til slik behandling blir reduserte etter magre resultater.	Inntakskriteriene gjøres mye mindre strenge. Aldersgrensene reduseres, og blir til slutt fjernet. Kravene om rusfri behandling blir mindre rigide, men det holdes fast på at LAR ikke skal være et første tiltak for unge narkotikabrukere. Mindre krav om dokumentert lengde på forbruk, men nytteverdi skal avgjøre inntak. Med nye retningslinjer forkastes alle faste kriterier, og helhetsvurdering avgjør.
Utskrivningskriterier	Personer som bryter med retningslinjene for programmet, som bruker narkotika eller ikke følger opp kontrolltiltakene, skal ikke få delta.	Nytteverdien knyttet til metadonbehandling i stor grad opphører når man mister medikamentet. Selv de som ikke oppfyller kravene i retningslinjene har utbytte av behandlingen.	Utskrivning skal begrenses. Innordning under helselovgivning gir narkotikabrukere pasientrettigheter. Helsevesenets idealer tar over. Ingen som har nytte av behandlingen skal utskrives. Kun medisinsk uforsvarlighet samt lekkasje til svart marked er gyldige kriterier.

¹¹³ For begrunnelser for innholdet i matrisene refereres det til tidligere kapitler, og tilhørende referanser.

¹¹⁴ Som nevnt i foregående kapittel, ble dette fremstilt utelukkende som en medisinsk vurdering, uavhengig av narkotikapolitiske målsetninger. Vi ser da en andregrads endring, som fremstilles som løserevet fra paradigmat.

5.3 Paradigmeskifte?

I dette kapittelet vil jeg returnere til ideene i Hall (1993), presentert i *kapittel to*, om politisk endring og paradigmeskifter, og drøfte i hvilken grad vi har sett et paradigmeskifte i norsk politikk for behandling av heroinbrukere. Jeg vil se dette i lys av Hall (1993) sin forståelse av denne prosessen. Jeg vil derfor kort kommentere om hovedelementene i hans analyse.

Hall (1993) skiller mellom tre nivåer for politisk endring: de overordnede målsetninger for politikken (tredjegradsendring), de virkemidler, politiske programmer og tiltak som anvendes for å nå disse målene (andregradsendringer), og de spesifikke detaljene ved organiseringen av disse politiske instrumentene (førstegradsendring). I følge Hall (1993) vil endringer av første og andre grad være *normal policymaking*, prosesser som justerer politikken uten å utfordre det rådende paradigme (Hall 1993: 279); første- og andregrads endringer vil derfor typisk innebære kontinuitet; *"first and second order changes in policy do not automatically lead to third order changes."* (Hall 1993: 279)

Tredjegradsendringer er noe distinkt annerledes enn slik *normal policymaking*; *"Third order change, by contrast, is likely to reflect a very different process, marked by the radical changes in the overarching terms of policy discourse associated with a "paradigm shift" (Hall 1993: 279). Hall skriver videre: "...policymakers customarily work within a framework of ideas and standards that specifies not only the goals of policy and the kinds of instruments that can be used to attain them, but also the very nature of the problems they are meant to be addressing."* (Hall 1993: 279). Et slikt rammeverk er det han definerer som et paradigme.

I følge Hall (1993) vil første- og andregradsendringer kunne foregå relativt autonomt fra staten, gjennom læringsprosesser. Tredjegradsendring vil derimot være preget av en bredere politisk kamp mellom flere aktører (Hall 1993: 288).

En viktig presisering som blir relevant i den videre diskusjonen bør gjøres allerede her. Der Hall (1993) kobler paradigmeskifter og tredjegradsendringer sammen, er det likevel til en viss grad snakk om to distinkte fenomener. Et paradigme er en kognitiv ramme, som også inneholder noen fundamentale forestillinger om problemers art og årsaker, samt en ideologisk

ramme for hvilke tiltak som er akseptable og/eller ønskelige for å løse dem. En tredjegradsendring handler derimot om den faktiske politikkenes innhold og målsetninger. Noe forenklet kan man derfor si at et *paradigmeskifte innebærer en endring i ideologisk orientering*, mens en *tredjegrads endring innebærer en endring i politisk praksis*.

Det Hall (1993) gjør i sitt essay er å gå grundig gjennom et tilfelle av politisk endring, og utlede teoretiske generaliseringer ut i fra dette. I det følgende skal jeg i lys av disse perspektivene drøfte hvordan dagens LAR-system kom på plass, og se om det er grunn til å revidere noen av punktene hans, eller om det kan bidra med nye hypoteser om hvordan politisk endring skjer.

5.3.1 Det norske paradigmet

Det eksisterte et klart, entydig og sterkt paradigme på narkotikafeltet i Norge. Dette var en kombinasjon av behandlings- og kontrollideologiene presentert i *kapittel tre*, og utdypet i den historiske gjennomgangen. Sentralt stod en felles kamp mot narkotika, i alle former. Det var basert på en sosialfaglig forståelse av narkotikabruk og -avhengighet, som tok avstand fra medikaliserte forklaringsmodeller. Målsetningen for politikken var et narkotikafritt samfunn. Det var en sterk behandlingsoptimisme, og målet med behandling skulle være total rusfrihet. Kontrollpolitikken var en sentral del av paradigmet, og forbudet var basert på en premiss om at det reduserte forbruket og problemene knyttet til narkotika.

”Det finnes knapt noen andre områder der enigheten i de politiske miljøene og i den generelle offentligheten gjennom de siste 30-40 årene har vært større”, har Fjær (2005a: 3) skrevet om den restriktive norske narkotikapolitikken. Det har vært et sterkt samspill mellom forskning og politikk, med klare forventninger til forskningens bidrag til kampen mot narkotika (Fjær 2005a). Media har tradisjonelt spilt på lag med den overordnede narkotikapolitiske visjonen (Skretting m.fl. 1992). Helsedirektoratet har hatt mye makt i systemet, og vært styrt av sterke enkeltpersoner med en interesse for tematikken. Det har vært tverrpolitisk oppslutning om narkotikapolitikken, også kontrollelementene¹¹⁵. Politiet har operert etter kontrollideologien,

¹¹⁵ Selv SV valgte å støtte opp om straffeskjerpelsene på 80-tallet, etter at partileder Hanna Kvanmo under et gruppemøte på Stortinget utbrøt at hun ikke ville komme ut av odelstingsdebatten og være bare *”halvparten så*

og behandlingsvesenet opererte i tråd med det rådende paradigmet. Med unntak av noen kritiske posisjoner innen kriminologien og noen utfordrende perspektiver i legestanden, som begge hadde vært marginalisert i de formelle beslutningsorganer¹¹⁶, har det vært harmoni.

Nettopp at dette paradigmet, som jeg har beskrevet som en konstruksjon basert på tilsynelatende forskjellige, men i praksis forenlige, behandlings- og kontrollideologien¹¹⁷, var så dypt forankret i den institusjonelle organiseringen på området var viktig for motstanden mot metadon. Når myndighetene har et sterkt og entydig politisk paradigme å basere seg på, vil de være i en sterkere posisjon for å stå i mot politisk press for endring (Hall 1993: 290).

Jenkins-Smith m.fl. (1991) har beskrevet hvordan sannsynligheten for endrede holdninger og oppfatninger i en politisk strid vil være preget av en konflikts art. Desto mer direkte en konflikt om politisk endring angår grunnleggende oppfatninger eller forestillinger, desto mer tilspisset vil konflikten være (Jenkins-Smith m.fl. 1991):

”...under extreme conflict we would expect to see very stable coalitions over extended periods of time, with change in coalition membership resulting almost exclusively from political events [...] or large scale changes exogenous to the policy process” (Jenkins-Smith m.fl. 1991: 852).

Dette perspektivet er med å forklare hvorfor metadondebatten ble så tilspisset, ettersom det stod grunnleggende argumenter om narkotikabrukets art og narkotikapolitikkens målsetninger mot hverandre.

5.3.2 MiO og MAR - intet paradigmeskifte

Noe av det mest slående når man ser på de økende problemene fra midten av 80-tallet, er nettopp mangelen på villet omorientering. Den endrede kursen som kom med å åpne for metadonbehandling, ble først et landsdekkende tilbud nesten 15 år etter at HIV/AIDS ble et

sterkt imot narkotika som han Kåre Kristiansen!” (sitert i Hauge 2009). Hauge (2009) har kalt denne dynamikken for ”Kvanmo-syndromet i narkotikapolitikken.”

¹¹⁶ Kontrollpolitikken ble især problematisert av Christie og Bruun (1985). Om den sa justisminister Mona Røkke samme år den ble utgitt: *”I likhet med et enstemmig Storting, tar jeg klart avstand fra det jeg oppfatter som en ren resignasjonstanke”* (Stoffmisbruk 2-3/85b).

¹¹⁷ Dette er også beskrevet i tidligere kapitler, ref. også Karl Evangs oppfatning om at kontrollelementet var en naturlig følge av den folkehelseorienterte tilnærmingen.

problem. I starten var problemet anerkjent, men skadereduserende tiltak var ikke engang på agendaen. Helsedirektøren brukte lang tid på å åpne for sprøyteutdeling. Det skjedde lenge etter at et utvalg nedsatt av direktoratet selv hadde anbefalt det (Aavitsland m.fl. 1997). At metadon kunne ha en rolle i smittebekjempelse ble i stor grad avvist (Mork 1991; NTB 6.11.1986).¹¹⁸

Hall (1993) peker ut særlig hvordan *policy failure* vil undergrave et paradigme og lede myndigheter til å søke etter nye løsninger. De økende problemene ledet ikke til at Helsedirektoratet eller politiske myndigheter lette etter nye løsninger utenfor sitt paradigme. Nettopp fordi det gamle paradigmet var så sterkt, så helhetlig og så institusjonalisert, klarte det å stå i mot det medisinske presset for å innføre metadonbehandling ganske lenge. Snarere kan man se at en ny gruppe, legene, fikk et *window of opportunity* for å intervensere med sine perspektiver når HIV/AIDS-epidemien ble supplert av økende antall narkotikadødsfall. Elendighetsutviklingen gjorde at mediene bisto med å kommunisere deres løsninger. Det var et enormt press på statsråden for å gjøre noe. Ketil Bentzen beskriver sitt inntrykk slik:

”overdosedødsfall [var] så foreferdelig at man må gjøre alt som er mulig for å redusere [dem]. Og, så mener man å vite at metadon var en måte å forebygge dødsfall på. Så jeg tror at det ble liksom en politisk, skal man si trend, som gjorde det helt umulig for statsråden å stå i mot dette... [...] Jeg tror ikke det var noen i byråkratiet eller hos politisk ledelse den gang som var noe entusiastiske [...]. Jeg går ut fra at den politiske vurderingen var at dette kommer vi ikke utenom.”¹¹⁹

Det var helt nødvendig at en gruppe medisinere (ref. kap. 5.1) presset på og tok initiativ til metadonbehandling. Denne gruppen av medisinere får rollen av det som kan kalles *institutional entrepreneurs*¹²⁰, aktører med bestemte interesser som mobiliserer for å skape nye eller endre etablerte institusjoner (Battilana 2006: 654); som DiMaggio (1988: 14) skriver: ”*New institutions arise when organized actors with sufficient resources (institutional entrepreneurs) see in them an opportunity to realize interests that they value highly.*”¹²¹ Det

¹¹⁸ Det kan her nevnes at i sprøyteutdelingssaken endte det med at Helsedirektoratet åpnet for tilbudet i mot ønske fra Stortingets sosialkomité, mens i metadonsaken ser det ut til at det var politikernes som utfordret Helsedirektoratet, som beholdt sin skepsis.

¹¹⁹ Intervju med Ketil Bentzen.

¹²⁰ Dette begrepet bringer også inn viktigheten av aktører og prosesser på mikronivå, snarere enn å bare se på institusjoner og overordnede paradigmer som styrende (Battilana 2006: 654). Også Peters m.fl. (2005) peker på viktigheten av å finne aktører som bærer de verdiene man påpeker skal styre.

¹²¹ Utheving i original, sitert i Battilana (2006: 657).

ble skapt enorme forventninger til hva man kunne oppnå med metadonbehandling, og disse forventningene spredde seg både til media, brukermiljøer og politikere. Noe av dette kan forklares med historien, det at vi selv hadde så liten erfaring med metadon gjorde at det ble lettere å ha urealistiske forventninger. I Sverige, der Ulleråkerprogrammet hadde operert som et lite program innenfor et restriktivt kontrollregime, ble det annerledes.

Berridge og Thom (1994) har særlig pekt på den rollen aktører som medierer kunnskap til politikere er viktige for å sikre forskningens innflytelse på politikken: *"...[the] case studies cited here point to the power of medico-civil servant "policy communities" [...] These civil servants provide crucial "gateways" to policy influence"* (Berridge og Thom 1994: 622). Det var nettopp en slik funksjon NAVF konferansen i 1991 og den påfølgende innstillingen fra deres ekspertgruppe (NAVF 1992) hadde; forskningen ble hentet sammen, presentert i en form tilpasset politisk oppfølging, og la grunnlag for å forankre en politisk endring. Med den klare forskningsbaserte anbefalingen ble det også vanskelig for politikerne å avvise metadon på rent normativt grunnlag, spesielt i møte med økende problemer på narkotikafeltet. Som Martin Blindheim beskriver det: *"...etter den konferansen som NAVF hadde på Soria Moria, det var vel i 1991, så kunne man for skams skyld ikke la være å gjøre noen ting, for anbefalingene var så klare."*¹²²

Orienteringen mot vitenskapliggjøring av politikken kunne da skyve ansvar fra politikere over til vitenskapen, og dempe behovet for verdidebatt. Berridge og Thom (1994) viser til hvordan dette skjedde i debatten om sprøyteutdeling i Storbritannia:

"What was important about the syringe-exchange research was that responsibility for a controversial decision was deflected from the political arena onto the apparently "objective" process of research. Policy change was redefined as a technical research issue." (Berridge og Thom 1994: 608)

Det å vende debatten over på tekniske termer en måte å gjøre politiske endringer, uten å ta noe oppgjør med den verdimessige tilnærmingen til politikken.

¹²² Intervju med Martin Blindheim

5.3.3 To syn på debatten om MiO og MAR

Det er nødvendig å se på debatten om etablering av MiO og senere MAR i Norge på to måter: På den ene siden var det en fundamental systemdebatt, som ledet til stor polarisering. På den andre siden var det en pragmatisk debatt om å innføre et lite nødtiltak overfor en bestemt og begrenset gruppe narkotikabrukere. Spørsmålet blir så hvilken av disse debattene som resulterte i at det ble åpnet for metadonbehandling.

Den overordnede debatten om metadonbehandling og dets plass i norsk narkotikapolitikk er en systemdebatt, der to paradigmer står mot hverandre. Imidlertid var det når substitusjonsbehandling ble åpnet for blitt pakket inn på en måte som skulle hindre at det rådende paradigmet ble utformet. En av de primære motforestillingene mot metadonbehandling var at det ville gå på bekostning av det abstinensorienterte behandlingsapparatet. Når MiO skulle avvikles og metadonbehandling gjøres permanent, var det spredd seg en oppfatning om at så ikke var tilfelle – og holdningen til metadon i behandlingsfeltet hadde vendt seg vekk fra den ensidige fordømmelsen (Skretting 1997a).

Bentzen, Waal og Blindheim er alle, tross vidt forskjellige utgangspunkt, samstemte i at målsetningene for og størrelsen på metadonbehandlingsprogrammet da det ble innført var en avgjørende faktor for at det ble akseptert. Som vist tidligere ble metadonprogrammet utformet på en måte som skulle samsvare med det etablerte paradigmet: det skulle være et lite tilbud til en begrenset gruppe, det ble fremstilt som et sekundært behandlingstilbud, der det medikamentelle var et supplement til øvrige tiltak og målsetningen skulle fortsatt, på sikt, være rusfrihet, forstått som frihet også fra metadon.¹²³ Spurt om man forsøkte å videreføre idealene fra de rusfrie behandlingstiltakene sier Ketil Bentzen: ”*Det tror jeg absolutt vi gjorde. Jeg tror ikke, hvertfall ikke meg selv, og ingen som var rundt meg, tenkte noe annerledes enn at hele tiden gjelder det å få folk ut av misbruket.*”¹²⁴ Waal oppfattet det slik at målsetningene om rusfrihet og rehabilitering var noe som ble introdusert for å møte politiske motforestillinger.¹²⁵ Også størrelsen var viktig. Ketil Bentzen sier: ”*Jeg tror vi alle,*

¹²³ Hvordan metadonbehandling ble utformet for å konformere med det etablerte paradigmet er utdypet i kap. 4.4.3, ref. også kap. 4.5.

¹²⁴ Intervju med Ketil Bentzen

¹²⁵ Intervju med Helge Waal

*inkludert meg, tenkte at dette kunne gjøres rett som noe som ikke ble så voldsomt svært.*¹²⁶ Martin Blindheim sier han *”tror det lå mye politikk i det, man måtte lage et tall som var spiselig for Stortinget.”*¹²⁷ Waal uttrykker en usikkerhet overfor motivasjonen for et så lavt anslag, og holder fast ved at det var en usikkerhet rundt behovet, men presiserer to ting: *”...at et mindre program er mindre truende, og at det koster mindre, tror jeg var hovedgrunner til at man valgte de vurderingene man gjorde, gitt at vurderingene var usikre.”*¹²⁸

Det var en opplevd *policy failure* knyttet til de tradisjonelle behandlingstiltakene når det særlig gjaldt å redusere dødelighet og sykelighet blant narkotikabrukere, og metadon ble innført for å bøte på dette. Imidlertid ble dette programmet satt opp på en måte som skulle harmonere med de målsetningene som var i det tradisjonelle paradigmet, og programmet ble innført i en størrelse som ikke skulle utfordre det abstinensorienterte behandlingsapparatet. På bakgrunn av denne drøftingen vil jeg slå fast at selv om skadereduserende målsetninger kom inn, bestod for det meste det rådende paradigmet – om i en mindre entydig form – selv om metadonbehandling ble innført på landsbasis som et permanent tiltak. Det må derfor tolkes som en andregradsendring, i form av å introdusere et nytt *policy instrument*, selv om det dels adresserte nye målsetninger i politikken.

Innenfor det norske politiske paradigmet vil jeg derfor hevde at metadonbehandling ble innført som et fremmedelement; med det mener jeg et tiltak som eksisterer i, men ikke hører hjemme i, den overordnede tilnærmingen til narkotikapolitikken.

5.3.4 Skadereduksjon som supplement

Dette illustreres om vi tar utgangspunkt i en modell Johnson og Hagstrøm (2005) har utviklet for å vurdere hvordan metadonbehandling skal oppfattes. De tar for gitt at hvordan metadonbehandling oppfattes er et produkt av svarene på fire spørsmål

- a. Hva anses som narkotikaavhengighetens årsak(er)?
- b. Er narkotikaavhengighet primært et sosialt eller individuelt problem?

¹²⁶ Intervju med Ketil Bentzen

¹²⁷ Intervju med Martin Blindheim

¹²⁸ Intervju med Helge Waal

- c. Hvordan skal dette problemet takles?
- d. Og, som et produkt av de tre foregående, hvordan skal vedlikeholdsbehandling med metadon vurderes? (Johnson og Hagstrøm 2005)

Spørsmålene samler seg opp til å kunne gi svar som samlet vil utgjøre noe som minner om Hall (1993) sin paradigmedefinisjon: De vil beskrive problemets art, dets prinsipielle sider og dets mulige løsninger.

Dette er et solid og anvendelig rammeverk, men potensielt et produkt av et for ambisiøst syn på grundigheten i den politiske prosessen. Innføringen av metadonbehandling i Norge bærer snarere preg av at man hoppet rett på punkt d. i møte med noen konkrete utfordringer. Vi kan konstatere at innføringen av metadon på ingen måte var, fra politikernes side, begrunnet i noe medisinsk syn på narkotikabruk – et syn som er forutsetning for hele behandlingsideen. Ingjerd Schou beskriver sin oppfatning av denne debatten fra Sosialdepartementet slik:

”...jeg tror alle vi sa at avhengigheten i seg selv ikke nødvendigvis er en sykdom. Men, skadene det påfører deg over lang tid å være avhengig, det gjør at du likevel har behov for helsetjenester. [...] Så det var ingen som dvelte ved den type diskusjoner, men den var der. [...] Det er vel noe om at erfaring og historie gjør at man kommer til den erkjennelsen at, ja, vel kan man holde på med den type akademiske diskusjoner, men [narkotikabrukerne] er i behov av tjenesten, så hva er problemet, egentlig?”¹²⁹

Det er metadonets instrumentelle verdi, bevist gjennom de positive effektene av LAR, som ligger til grunn for dets omfavnelse. Når det gjelder medikaliseringen av narkotikabrukerrollen bør det presiseres at det er en distinkt forskjell på å si at narkotikabrukeren, grunnet helseproblemer, bør betraktes som syk, og det å si at avhengigheten i seg selv er en sykdom.

At skadereduksjon kan være både en helhetlig tilnærming og en betegnelse for konkrete tiltak, åpner for at man kan oppleve at skadereduserende tiltak kan innføres som en respons på aktuelle problemstillinger, uten at man deler de ideologiske premissene som skadereduksjonstilnærmingen er basert på.

¹²⁹ Intervju med Ingjerd Schou

Når substitusjonsbehandling så ble etablert, var de positive effektene av det tydelig. Tidlig kom det økt aksept for metadon i behandlingsvesenet (Skretting 1997a). Den viktigste grunnen til økt aksept for metadonbehandling i Norge er hevdet å være at det oppnår gode resultater (se Vindedal m.fl. 2004). Imidlertid er det verdt å huske at selv om det ble åpnet for, og man kunne dokumentere verdien av, metadonforskrivning til HIV-smittede narkotikabrukere i Oslo gjennom HIV-Met, så ble ikke tilbudet bygget ut for å dekke behovet i hele landet. Helge Waal beskriver at han opplevde en vedvarende motstand mot metadonbehandling.¹³⁰ En ekspertkonferanse arrangert i 1992 av Sosial- og Helsedepartementet konkluderte med at det burde etableres en mer skadereduserende strategi, som inneholdt flere elementer. Åtte år senere hadde ikke anbefalingene blitt fulgt opp, med unntak fra satsningen på metadonbehandling (Ravndal 2001: 11).

Det som skjedde i myndighetenes syn på metadon kan kanskje best beskrives som en kooptering, eller integrering. Man forsøkte å fremstille metadon som én del av behandlingsparadigmet, samtidig som man til en viss grad inkluderer skaderedusering som målsetning og tar inn en oppfatning av narkotikabrukens medisinske aspekter – men da primært knyttet til øvrige helseskader. Ingjerd Schou beskriver Bondevik II-regjeringens metadonsyn slik: *”...vi hadde ikke [noen prinsipiell motstand] mot metadon. Men, vi hadde en prinsipiell motforestilling mot at det skulle være et tilbud alene.”* Mange av de prinsipielle innvendingene som var gitt mot metadon som et ledd i behandlingen, kommer til syne fra Schou når metadon uten øvrige tiltak beskrives: *”...vi så på metadon som et narkotikum i seg selv. Det var å erstatte noe ille med noe som ikke var særlig bedre.”* Like fullt, var det en erkjennelse om at selv uten tilstrekkelige behandlingstiltak kunne man oppnå positive effekter, og Schou bekrefter at de så verdien av metadon selv om rehabiliteringen ikke var tilstede.¹³¹

Man kan muligens se et sprik mellom noen rådende visjoner og en mer pragmatisk innstilling. Ingjerd Schou trekker opp veiingen av mål om behandling og skadereduksjon slik:

¹³⁰ Intervju med Helge Waal

¹³¹ Intervju med Ingjerd Schou

”Det er utrolig få som klarer å komme seg fra metadon og videre til null. [...] Men, så skal man heller ikke undervurdere det at noen har klart seg bedre ved å få hverdagen sin til å fungere [og] det er i seg selv allikevel en bedre helsetilstand for deg, enn om du hele tiden gjør brekk for den rusen.”¹³²

Dette sitatet understreker vanskelighetene ved å beholde målsetningene om behandling eller rehabilitering parallelt med målsetningen om skadereduksjon. At skadereduksjonslinjen ofte nedprioriterer den langsiktige satsningen på et mål om rusfrihet har vært en kritikk av ideologien, men det er også en faktisk observasjon – som ikke behøver å oppfattes negativt, om man mener at dette er en bedre, og mer realistisk, målsetning for å oppnå positive effekter for narkotikabrukernes liv.

5.3.5 LAR bryter med paradigmet

LAR er i dag et hovedtilbud til norske heroinbrukere, som primært skal fungere skadereduserende, i fravær av tilstrekkelig rehabiliteringskapasitet. Det LAR systemet, som harmonerer med en medisinsk tilnærming til opioidavhengighet, som har skaderedusering som målsetning, som forkaster rusfrihet som en realistisk målsetning og forsøker å inkludere rundt 70 pst. av opioidavhengige, bryter fundamentalt med det paradigmet som ble skissert i kap. 5.3.1 Det var heller ikke noe slikt system som man så for seg at ble innført i 1998.

Drøftingen over av politikernes oppfatninger og holdninger harmonerer ikke med den redegjørelsen for praksis som ble gjort i kap. 4.5. I praksis har LAR i økende grad dreid mot en skadereduseringslinje, der flere tas inn og rehabiliteringstilbudet ikke er ordentlig på plass. La oss derfor sette de endringene som er skjedd i LARs praksis inn i en systematisk fremstilling basert på Hall (1993) sitt skille mellom første-, andre- og tredjegrads endringer, sett i lys av tidspunkter de inntraff.

¹³² Intervju med Ingjerd Schou

Type endring	Spesifikasjon	Metadon i Norge	Tidfesting
Førstegrads endring	Tekniske detaljer ved eksisterende politiske tiltak og virkemidler endres	Kapasitet utvides	Kontinuerlig
		Aldersgrenser reduseres først til 25 år, så gjøres fleksibel, og så fjernes	1998, 2000, (2003 ¹³³), 2009
		Tilgangen gjøres landsdekkende	Fra 1998 og utover
		Anslag for hvem som har nytte av substitusjonsbehandling økes	Kontinuerlig, på ca. 70 pst. fra ca. 2004/5
Andregrads endring	Nye tiltak og virkemidler introduseres, eller gamle fjernes	HIV-Met etableres	1991
		MiO starter opp	1994
		Gjøres permanent	1998 (oppstart)
		Brukere gis pasientrettigheter	2004
		Subutex til LAR venteliste	2002
Tredjegrads endring	Politikkens overordnede målsetninger og tilnærming til et politikkområde endres	Substitusjonsbehandling blir en hovedbehandlingsform for de fleste narkotikabrukere, uten helhetlig rehabiliteringstilbud. Medikamentet blir hovedelementet, ikke supplement.	Gradvis prosess fra MAR ble etablert, som er blitt sterkere og sterkere med årene.

Figur 4. Basert på Hall (1993) og tilpasset viktigste endringer norsk metadonhistorie

Det denne måten å fremstille endringene i metadonbehandlingens rolle i norsk narkotikapolitikk antyder er at tredjegradsendringer kan forstås både som mer statsautonome og som mindre hierarkisk overordnede første- og andregrads endringer, enn det som Hall (1993) finner; i følge Hall (1993) vil tredjegrads endringer foregå på en distinkt annen måte enn første- og andregradsendringer. I denne fremstillingen vil en tredjegradsendring, til en viss grad, kunne sees på som et produkt av første- og andregradsendringer.

Ved å importere et tiltak som bryter med det etablerte paradigmet – slik metadon gjorde – kan man gjennom inkrementelle endringer drive frem et systemskifte. Det vil gjøre at paradigmet består, men dette programmet kan gradvis utvide seg etter sin egen logikk, og dermed underminere det etablerte paradigmet policyapparat. Tredjegrads endringer kan skapes innenfra statsapparatet gjennom at et lite tiltak utvides, og skaper et nytt byråkrati som har sin identitet og kompetanse forankret i et annet behandlingsparadigme.

Den prosessen Hall (1993) beskriver som en essensiell del av tredjegradsendring, med en bred samfunnsdebatt og eksogene sjokk, var ikke fraværende i Norge – men, den munnet ut i

¹³³ I 2003 gikk Rundskriv I-8/2003 ut og minte om unntaksbestemmelsene som tillot personer under 25 år å motta metadonbehandling.

etableringen av et metadonprogram som ikke skulle underminere det rådende paradigmet. Gjennom å utvikle MiO og MAR som et kompromiss som forente skadereduksjonsmålsetninger og behandlings-/kontrollparadigmet, og *framset* det som et produkt av forskningsbasert kunnskap om effektoppnåelse, slapp man å ta det grunnleggende oppgjøret med paradigmet på narkotikafeltet, som Hall (1993) mener er et særtrekk ved tredjegradendring. Tredjegradsendringer vokste snarere frem over tid.

Noe av forklaringen ligger i at etableringen av metadonbehandling, tross den innrammingen det fikk, ikke endrer hva metadonbehandling er og hva det kan oppnå. Etableringen av et metadonprogram bidro til å institusjonalisere en ide om skaderedusering og vedlikeholdsbehandling, selv om de langsiktige behandlingsmålsetningene stod sterkt i forskriften. Gjennom institusjonalisering blir ideer det Eden (2004) kaller *organizational frames*:

”... [institutions] embody the past: foundational understandings of organizational mission, long standing collective assumptions and knowledge about the world, and earlier patterns of attention to problems and solutions. All of this shapes how problems are later defined and how solutions are developed. Once solutions are established as knowledge-laden routines, they enable actors in organizations to carry out new actions, but they simultaneously constrain new actions.” (Eden 2004: 3).

Den utviklingen som er skjedd kan indikere at den *organizational frame* som har styrt metadonprogrammet i Norge har vært av den skadereduserende art, snarere enn den behandlingsideologiske. Dette kan man dels forklare med organiseringen, der de som styrer den medikamentelle delen av tilbudet i mindre grad har forholdt seg til de behandlingspolitiske målsetningene.

Andersen og Järvinen (2007: 248) har hevdet at, for Danmarks vedkommende, selv om rusfrihet og skaderedusering anses som komplementære mål i strategiske politiske dokumenter, så vil praksisen i feltet blant skadereduksjonstiltak ofte være orientert vekk fra rusfrihet som målsetning. En lignende tendens har jeg ikke dokumentasjon for å si at gjelder i Norge, men de læringsprosessene som har skjedd i metadonprogrammet tenderer mot at det er det skadereduserende som oppfattes som det mest umiddelbare og presserende.

5.3.5 Et medikalisert paradigme?

Det store spørsmålet blir så om endringene i LAR etter hvert har brakt frem et paradigmeskifte, eller i omfattende grad undergravd det paradigmet som ble beskrevet i kap.

5.3.1. I denne oppgaven har jeg ikke opparbeidet meg noe grunnlag for å spekulere om det, og det kreves en grundig diskursanalytisk fremgangsmåte for å kartlegge dette. At det er utvannet med den eksplisitte rollen skadereduksjon har tatt i offisielle politiske dokumenter, er det derimot liten tvil om.

Dette er ikke ment som å argumentere for at det paradigmet som har hersket i norsk narkotikapolitikk har bevart sin status og posisjon. Det har det åpenbart ikke. Skadereduksjon er i praksis en viktig målsetning. Tiltak som lavterskeltilbud, feltpleie, sprøyteutdeling, sprøyterom og substitusjonsbehandling er alle eksempler på skadereduserende tiltak. Det er gjort mye arbeid i politikken som spesifikt har vært rettet mot å gjøre hverdagen enklere å mestre for narkotikabrukere. At en av narkotikapolitikkens viktigste målsetninger er blitt å redusere sykelighet og dødelighet blant narkotikabrukere er klart. Dette har også preget den politiske diskursen.

I følge Hall (1993) vil omplassering av autoritet være en sentral del av et paradigmeskifte, og det er ikke tvil om at legene har fått en stadig større plass i narkotikapolitikken.

Medikaliseringen er veldokumentert, også når det gjelder plasseringen av autoritet i narkotikapolitikken. Selv om avhengighetsforskning bekrefter de medisinske sidene ved avhengighet (Bramness 2010), så kan medikaliseringen potensielt få konsekvenser for hvordan de ikke-medisinske problemene ved narkotikabruk oppfattes. Helge Waal har bl.a. pekt på hvordan fokuset på sykeligheten til narkotikabrukere trekker oppmerksomhet bort fra de sosiale problemene som preger denne gruppen.¹³⁴ Skretting (2005) mener at det økte fokuset på avhengighet i medisinsk forstand vil bidra til at trykket i behandlingsapparatet skyves fra det sosialfaglige og over til det medisinske, og nevner særlig heroinbruk som relevant (Skretting 2005: 125).

¹³⁴ Intervju med Helge Waal.

Medikalisering, forstått som tendensen til i økende grad å forklare menneskelig atferd ut fra et sykdomsbegrep i en medisinsk forståelsesramme, innebærer en potensiell legitimering av tilstander som tidligere ble sett på som problematiske; man sykdomsforklarer karaktertrekk som før ble ansett som produkter av vilje. Vi beveger oss *”fra å vurdere folks handlinger normativt til å årsaksforklare dem...”* (Lian 2006: 78). Metadon innebærer en redefinering av normalitet. Tilværelsen med opioidavhengighet som vedvarer godtas på en helt annen måte enn det som har vært tradisjonelt i norsk politikk. I praksis ser man derfor at man godtar en passivisering av en del av befolkningen i en tilværelse man anerkjenner er suboptimal. Medikalisering innebærer at subjektposisjonen til narkotikabrukeren endres. Gjennom å diagnostisere tilstanden risikerer man å sykdomsforklare atferdsmønstre. Dalrymple (2007) advarer blant annet om at dette er et dårlig utgangspunkt for å få narkotikabrukere til å endre atferd og redusere bruken. Andersen og Järvinen (2007) har gjennomført en feltstudie av holdninger blant brukere og behandlere i substitusjonsbehandlingen i Danmark. De påpeker det tilsynelatende paradokset i at en narkotikabruker som tar initiativ til substitusjonsbehandling blir oppfattet som å ta ansvar, mens en som ønsker rusfrihet betraktes som å ha urealistiske målsetninger (Andersen og Järvinen 2007: 245). Dette spiller også videre på den behandlingsideologiske offerrollen som narkotikabrukeren ble innordnet, men fra å være offer for samfunnsmessige forhold, til å være offer for narkotikaen. Det er imidlertid i denne korte gjennomgangen ikke grunnlag for å drøfte forutsetningene for, og implikasjonene av, dette. Det er likevel en så stor endring i forståelsen av narkotikabruk og -brukeren, at det ikke kan gå unevnt i en oppgave om dette temaet.

5.3.6 Behov for kritikk

Disse relativt store endringene innebærer klart at det enhetlige paradigmet er blitt svekket i praksis, og dels diskursivt. Det jeg har forsøkt å understreke handler om at selv om politikken har vært i endring, en ny profesjon med et nytt kunnskapsgrunnlag har fått økt ansvar, og nye målsetninger har kommet til, så har en del av de sentrale trekkene ved det gamle regimet overlevd, og en del av premissene for det nye regimet er ikke integrert solid i politikken forståelse av narkotikaproblemets ønskelige håndtering, i det minste tilsynelatende.

Med fare for å henfalle til *mistankens hermeneutikk*, er det likevel grunn til å stille spørsmål ved hva som er genuint i de ytringer som kommer fra politikere og myndigheter. Det er nødvendig for beslutningstakere å skape en *frame* (ramme) for beslutninger, som gjør dem akseptable (Campbell 2002). Det vil da si at man får beslutninger, gjennom *framing*, til å harmonere med de verdier og mål man ønsker å kommunisere at rettleder en. Politikk er ikke bare instrumentelt, det er også ekspressivt. De politiske løsninger som beslutningstagere fremmer, skal løse, eller gi inntrykk av å løse, bestemte problemer. Samtidig skal de kommunisere til electoratet. Derfor blir tilpasning av politikkens profil gjennom *reframing* en essensiell del av politikken (Campbell 2002: 27).

Dette åpner for at gjennom politisk kommunikasjon kan et paradigme opprettholdes diskursivt, selv om politikken ikke konformerer med, eller har utspring i, det samme paradigmet. Den fremstilles derimot slik ved hjelp av verdikommunikasjon. Særlig på områder med overordnede narrativer – som narkotikapolitikken *war on drugs* internasjonalt og visjonen om *et narkotikafritt samfunn* i Norge – er det viktig å signalisere en slik forankring for politiske tiltak.

Det den ovennevnte drøftingen problematiserer er hvordan et paradigme skal forstås. I en æra der politisk kommunikasjon profesjonaliseres, blir det økt rom for å tilpasse vidt forskjellige politiske løsninger til bestemte kommunikasjonsstrategier. På sett og vis kan man si at dette demper behovet for symbolpolitikk; kommunikasjonen tar seg av symbolene, mens politikken tar seg av det instrumentelle. Det er likevel verdt å konstatere at vi har elementer av en diskursiv praksis på narkotikafeltet som ser ut til å skille seg fra den faktiske politiske utviklingen, i form av at man fastholder noen ideelle målsetninger til tross for at praksis beveger seg lenger vekk fra disse. Forklaringsmodeller for dette er diskutert tidligere, og handler bl.a. om institusjonell reorganisering, sosial læring og andre tilbakeføringsmekanismer. Det skyldes nødvendige tilpasninger til utviklingen i narkotikasituasjonen. Det er grunn til å gå dette aspektet nærmere i sømmene.

Det grunnleggende spørsmålet som må stilles etter denne korte diskusjonen er hvorvidt det er praksis eller diskurs som er det relevante analysenivået for å kartlegge et *policy paradigme*, i den forstand Hall (1993) beskriver dem, når de ikke ser ut til å harmonere med hverandre.

Blindheim beskriver LAR som å ha blitt *”mer på linje med resten av helsevesenet, at dette er et medisinsk tiltak som redder liv, lindrer skade og gir omsorg.”*¹³⁵ Spørsmålet blir hvilken funksjon målsetningen om et helhetlig rehabiliteringstilbud har når den forlates i praksis, annet enn å underkjenne legitimiteten til et erklært lavterskel metadonprogram. Som Helge Waal sier:

”Hvis du hele tiden skal bruke et rehabiliteringsbegrep, og du hele tiden må justere det rehabiliteringskriteriet ned, etter hvert til et nivå hvor rehabiliteringen er vanskelig å se, så føler du deg mislykket. Så jeg mener det er destruktivt at man ikke har akseptert [skaderedusering]. Det er ikke noe galt med rehabiliteringsmålsetningen, men det må bare ikke stå i veien for at skadereduksjon er viktig.”¹³⁶

¹³⁵ Intervju med Martin Blindheim

¹³⁶ Intervju med Helge Waal

6. Avslutning

6.1 Fra kimære til leviatan

Pierson og Skocpol (2002: 7) har beskrevet essensen i et historisk institusjonalistisk syn på politisk utvikling slik: *"...outcomes at a 'critical juncture' trigger feedback mechanisms [negative or positive] that reinforce the recurrence of a particular pattern into the future."* Dette gjør at opprinnelige veivalg får store, og ofte utilsiktede, effekter. Senere veivalg blir sterkt formet av de foregående. Institusjonalisering, oppsummerer Crawford (2007: 268) *"...is the primary mechanism of path dependency."*

Sett i lys av en slik beskrivelse ser innføringen og utviklingen av substitusjonsbehandling i Norge ut som et lærebokeksempel for historisk institusjonalistisk analyse.

Et eksogent sjokk, gjennom HIV/AIDS-epidemien, og økende dødelighet og sykелighet, muliggjorde en reorientering i narkotikapolitikken. Den mest bemerkelsesverdige av disse endringene var innføringen av substitusjonsbehandling. Dette satte i gang en serie av tilbakeføringsmekanismene beskrevet av Pierson (1993). Programmet utvidet seg gjennom en serie beslutninger, som i seg selv ikke bevisst beveget seg mot det LAR systemet vi har i dag. Utviklingen av substitusjonsbehandling i Norge, mener jeg å ha vist, er et glimrende eksempel på stiavhengighet i politiske prosesser.

Min gjennomgang viser også at en annen sentral antakelse i historisk institusjonalisme har vært gjeldende: endogen preferansedannelse. Omfavnelsen av metadon i behandlingsøyemed handler om læring, endringer i byråkratiske rutiner, nye former for kunnskapsproduksjon og økt autoritet til en ny profesjon. Preferanseendringene har skjedd gradvis, og var en konsekvens av metadonprogrammets etablering i seg selv. Det kom ikke som en direkte konsekvens av de eksogene kritiske trendene beskrevet *kapittel fire*. De vokste frem gjennom systemet.

Mahoney og Schensul (2007: 466-467) skiller mellom tre former for effekter av tilbakeføringsmekanismer: Funksjonelle (tiltak blir mer effektive over tid, gjennom læring), maktbaserte (ressurs- og maktskjevheter forsterkes når de påvirker politikk) og legitimerende (politikk er kilde til mening, den legitimerer og gir økt moralsk støtte til en etablert kurs). Samtlige mener jeg har kommet frem som konsekvenser av å åpne for et metadonbehandlingsprogram i Norge (ref. *kapittel fem*).

Det massive programmet vi i dag har for substitusjonsbehandling i Norge er ikke nødvendigvis et produkt av ubevisste valg. Men, de vedtakene som har ledet opp mot det har foregått på en annen måte enn den prosessen som foregikk når MiO og senere MAR først ble etablert. Det er også vanskelig å finne indikasjoner på at noen av de formelle beslutningstakerne i løpet av prosessen har hatt noe visjon om, eller endog sett for seg, hvor stort og annerledes LAR skulle ende opp fra det substitusjonsbehandlingsprogrammet som opprinnelig ble vedtatt i St.meld. nr. 16 (1996-97).

Jeg valgte i oppgavens tittel og innledning å beskrive MiO og MAR som kimærer. De var politiske programmer satt sammen av deler hentet fra vidt forskjellige tilnærminger til narkotikapolitikken.

Tilbakeføringsmekanismene nevnt over bidro med det analytiske begrepsapparatet jeg brukte for å analysere utviklingen. Etableringen av politiske programmer kan få utilsiktede konsekvenser, ved å starte bevegelse i en retning som det blir svært vanskelig, og sannsynligvis ikke lenger ønskelig, å snu utviklingen.

Selv om flere mekanismer har vært i spill, har disse tilbakeføringsmekanismene vært den nødvendige faktoren som har omgjort substitusjonsbehandlingen i Norge fra en kimære til det jeg har kalt en leviatan: et enormt behandlingsapparat som ser ut til å ha gått, for godt eller vondt, på bekostning av de tradisjonelle abstinensorienterte tiltakene. Som Sollia-kollektivets Øyvind og Reidun Hansen (2010) ble sitert på i innledningen: ”Rusfeltet preges nå av substitusjonsbehandling og skadereduksjon på bekostning av rehabilitering og rusfrihet som mål,”

6.2 Paradigmeskifte på vei?

Hypotesen jeg føler at ikke ble besvart grundig nok er om en tredjegrads endring som ikke er direkte forutgått av et paradigmeskifte vil indikere at et slikt er på vei, eller selv påvirke at det kommer et. Materialet jeg har funnet har i det beste vært tvetydig. Det er klart at målsetningene i narkotikapolitikken er endret, og at skadereduksjon har fått en sentral plass. Likevel er det en aksept, snarere enn en omfavnelse. Selv om skaderedusering er en del av både tiltak og målsetninger i narkotikapolitikken, finner jeg mindre spor av at det tankegodset som ble beskrevet i kap. 3.1.2 om skaderedusering som en ideologisk tilnærming til narkotikapolitikken. Det har i arbeidet mitt vært en overvekt av materiale fra før 2005, selv om jeg har brukt kilder frem til i dag. Det er grunn til å tro at et slikt paradigme vil tre frem tregt, når det ikke skjer gjennom en bred offentlig debatt. Det vil heller antas å skje gjennom endringer i byråkratiske rutiner og allokering av formell autoritet blant profesjonsgrupper, som igjen blir en kilde til å forme oppfatninger om et tema. Praksis danner grunnlag for ideologi.

6.3 Narkotikapolitikk på agendaen

Narkotikapolitikken er høyt på agendaen når dette skrives. Kort etter at arbeidet med oppgaven begynte gikk daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen ut i media med sin tvilende, men åpne, holdning til vedlikeholdsbehandling med heroin. Regjeringen har satt ned et utvalg ledet av Thorvald Stoltenberg som skal se nærmere på narkotikapolitikken.

Stoltenberg-utvalget¹³⁷ utarbeider nå sin innstilling om tiltak for de mest vanskeligstilte narkotikabrukerne. Der skal det bl.a. tas stilling til vedlikeholdsbehandling med heroin for narkotikabrukere. Det blir med all sannsynlighet en dissens i utvalget om dette.

Erfaringer med innføringen av metadonbehandling i Norge kan forhåpentligvis gi en pekepinn på hvordan utviklingen kan gå. I debattene som kommer om dette temaet vil det være viktig å ikke bare vurdere de forventede effekter av et skissert program for vedlikeholdsbehandling av

¹³⁷ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep/Styrer-rad-og-utvalg/stoltenberg-utvalget.html?id=562711>

heroin. Det bør drøftes hvilke politiske dynamikker man setter i gang, og – i lys av substitusjonsbehandlingens utvikling – hvordan vi kan forvente at et slikt vedlikeholdsbehandlingstilbud vil utvikle seg over tid.

7. Litteraturliste

- Aasmundstad, Lise (2010): *Fra klient til pasient*. Foredrag på seminar i anledning Helge Waals 70-årsdag, i regi av Senter for Rus- og Avhengighetsforskning. Litteraturhuset, Oslo, 23.4.2010.
- Aavitsland, Preben, Øyvind Nilsen og Arve Lystad (1997): "Hiv-epidemien blant stoffmisbrukere i Norge: Katastrofen som ble stanset", s. 21-26 i *Stoffmisbruk* 3/97.
- Amundsen, Ellen J. Og Anne Line Bretteville-Jensen (2010): "Hard drug use in Norway", s. 87-94 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 27, nr. 1.
- Andersen, Ditte og Margaretha Järvinen (2007): "Harm reduction – ideals and paradoxes", s. 235-252 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 24, nr. 3.
- Asmussen, Vibeke og Helle Dahl (2002): "Skadereduktion som forebyggelse på stoffmisbrugsområdet", s. 249-261 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift* vol. 19, nr. 4.
- Bakke, Hans Kristian (2004): "Mer metadon – mindre rehabilitering?", s. 1559 i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* vol. 124, nr. 11.
- Baklien, Bergljot (1990): "Narkotikaforskningen", s. 10 i *Stoffmisbruk* 1/90.
- Ball, John C. og Alan Ross (1991): *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer.
- Battilana, Julie (2006): "Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position", s. 653-676 i *Organization* vol. 13, nr. 5.
- Benoit, Ellen (2003): "Not just a matter of criminal justice: States, institutions, and North American drug policy", s. 269-294 i *Sociological Forum* vol. 18, nr. 2.
- Bentzen, Ketil (2005): "Et tidsskrift blir født", s. 4 i *Rus & avhengighet* 5/2005.
- Berger, Peter L. og Thomas Luckman (1967): *The Social Construction of Reality*. New York: Anchor Books.
- Bergersen-Lind, Brit (1974): *Narkotikakonflikten*. Oslo: Gyldendal.
- Bergmark, Anders (2007): "Guidelines and evidence-based practice", s. 589-599 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 24, nr. 6.
- Berridge, Virginia og Betsy Thom (1994): "The relationship between research and policy: case studies from the postwar history of drugs and alcohol", s. 599-629 i *Contemporary Drug Problems*, vol. 21.

Blindheim, Martin (2003): "Metadonassistert Rehabilitering – betraktninger fra noen utsider", s. 63-70 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 20, nr. 1.

Blindheim, Martin (2010): *Da metadon kom til Norge*. Foredrag på seminar i anledning Helge Waals 70-årsdag, i regi av Senter for Rus- og Avhengighetsforskning. Litteraturhuset, Oslo, 23.4.2010.

Blindheim, Martin og Jens Guslund (2005): "Metadon til alle?", i *Dagbladet* 5.8.2005.

Blindheim, Martin og Gabrielle Welle-Strand (2010): "Da metadon kom til Norge", i Bramness, Jørgen, Martin Blindheim, Thomas Claussen, Jørg Mørland, Edle Ravndal og Gabrielle Welle-Strand (red.): *Fornuft og følelser. Festskrift til Helge Waal*. Senter for rus- og avhengighetsforskning.¹³⁸

Bourgois, Philippe (2000): "Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States", s.165-195 i *Culture Medicine and Psychiatry*, vol. 24.

Bramness, Jørgen G. (2010): "10 ting forskningen har lært oss om rus og avhengighet", publisert på www.seraf.no [Sist sjekket 10.4.2010]

Brandsberg-Dahl, Astrid (2000): *Fra konflikt til konsensus? Fremvekst og utforming av metadonassistert rehabilitering av heroinmisbrukere i Norge på 1990-tallet, i lys av massemedia, sosiale mekanismer og sosial handlingsteori*. Hovedoppgave i sosiologi, høst 2000. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitet i Oslo.

Bretteville-Jensen, Anne Lene (2005): *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av ulovlige rusmidler. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. SIRUS rapport nr. 4/05. Oslo.

Bryman, Alan (2004): *Social Research Methods*. 2. utgave. Oxford University Press, Oxford.

Bye, Elin (2004a): "Rapport fra Norge", s. 68-71 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 21, nr. 1.

Bye, Elin (2004b): "Rapport fra Norge", s. 281-285 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 21, nr. 3.

Bøhle, Jan (2003): "Kvalitet eller kvantitet i medikamentassistert rehabilitering?", s. 38 i *Rus & avhengighet* 3/2003.

Campbell, John L. (2002): "Ideas, politics and public policy", s. 21-38 i *Annual Review of Sociology*, vol. 28.

Chatwin, Caroline (2003): "Drug policy developments within the European Union. The destabilizing effects of Dutch and Swedish drug policies", s. 567-582 i *The British Journal of Criminology*, vol. 43.

¹³⁸ Referanser til denne teksten er basert på manus tilsendt direkte fra Martin Blindheim i forkant av publisering.

Christie, Niels og Kjetil Bruun (1985): *Den Gode Fiende*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Crawford, Neta C. (2007): "How previous ideas affect later ideas", s. 266-283 i Goodin, Robert E. og Charles Tilly (red.) (2008): *The Oxford Handbook of Contextual Political Analysis*. USA: Oxford University Press.

Dalrymple, Theodore (2008): *Romancing opiates. Pharmacological lies and the addiction bureaucracy*. Kindle utgave. Encounter Books.

Drucker, Ernest (2000): "From Morphine to Methadone: Maintenance Drugs in the Treatment of Opiate Addiction", s. 27-45 i Inciardi, James A. og Lana D. Harrison (red.) (2000): *Harm reduction - national and international perspectives*. USA: Sage Publications.

Eden, Lynn (2004): *Whole world on fire: Organizations, knowledge and nuclear Weapons Devastation*. New York: Cornell University Press.

EMCDDA (2000): *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*.

Ervik, Randi (1994): "Skadereduksjonsteori – og praksis", s. 8-11 i *Stoffmisbruk* 4/94

Ervik, Randi (1997): *Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo, del 2: Behandlingsforløp og – status*. SIFA.

Fekjær, Hans Olav (1987): *Alkohol og narkotika – myter og virkelighet*. Oslo: Gyldendal.

Fjær, Svanaug (1994): "Ideelle mål og skadereduserende tiltak. Skandinaviske løsninger i metadonspørsmålet", i Elvbakken, Kari Tove, Svanaug Fjær og Thor Øyvind Jensen (1994): *Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Fjær, Svanaug (1998): "Forskning med forbudet som premiss", s. 152-167 i *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol. 1, nr. 3.

Fjær, Svanaug (2004): "From social radicalism to repression: The construction of the Norwegian drug policy in the 1970s", s. 143-157 i Andresen, Astri, Kari Tove Elvbakken og William Hubbard (red.) (2004): *Public health and preventive medicine 1800-2000. Knowledge, co-operation and conflict*. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies, Report no.1, 2004.

Fjær, Svanaug (2005a): "Ubehaget i enigheten", s.3-17 i *Arr Idéhistorisk tidsskrift*, nr. 1-2.

Fjær, Svanaug (2005b): "Norsk narkotikapolitikk",
http://www.forebygging.no/cwobjekter/norsk_narkotikapolitikk_2005.pdf

Fjær, Svanaug (2006): "Den flerfaglige rusmiddelforskningen i Norden – utfordringer til det nordiske forskerfellesskapet", s. 178 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift*, vol. 23, nr. 2-3.

Folkehelseinstituttet (2008a): "Heroin, morfin – fakta om opioider", på www.fhi.no, publisert 23.02.2005, faglig revidert 07.05.2007, sist oppdatert 19.06.2008.

Folkehelseinstituttet (2008b): "Metadon – faktaark", på www.fhi.no, publisert 01.02.2008, oppdatert 19.06.2008

Frantzsen, Evy (1997): *Passe elendig. Ringvirkningene av et metadonprosjekt*. Institutt for kriminologi, Universitetet i Oslo.

Frantzsen, Evy (2001): *Metadonmakt. Møtet mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grouff, Kirsten, Jannicke Dahlberg og Aud L. Krook (2002): "Subutex-prosjektet i Oslo", s.35-37 i *Rus & avhengighet*, nr. 1/2002.

Gurrik, Tone, Wenche Haga, Reidar Hole, Guri Spillhaug og Helge Waal (2002): *MAR i Norge – Utvikling, utfordringer og perspektiver*. SKR-rapport 2/2002. Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer.

Haas, Peter M. (1992): "Introduction: Epistemic communities and International Policy Coordination", s. 1-35 i *International Organization* vol. 46, nr. 1.

Hacking, Ian (1999): *The Social Construction of What?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Hakkarainen, Pekka og Christoffer Tigerstedt (2003): "Motsägelsernas narkotikapolitik – normaliseringen av narkotikaproblemet i Finland", s. 181-194 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 20, nr. 2-3.

Haljem, Odd Arild (1985): "Narreskibet – en reise i stoffmisbrukerens selskap", s.36-40 i *Stoffmisbruk* 4/85.

Hall, Peter A. (1993): "Policy paradigms, social learning and the state", s. 275-296 i *Comparative Politics*, vol. 23

Hall, Peter A. og Rosemary C. R. Taylor (1996): *Political science and the three new institutionalisms*. MPIFG Discussion Paper 96/6, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.

Hallgrimsson, Olafur (1980): "Methadone treatment: The Nordic attitude", s.463-475 i *Journal of Drug Issues*, vol. 10.

Hansen, Frid og Ulf Jansen (2000a): "Metadonbehandling i Norge: Runaway train?", s. 12-13 i *Rus & avhengighet* nr. 2/2000

Hansen, Reidun og Øyvind Hansen (2010): *Behandlingskollektiv – 40 år med levetilfelleskap*. Foredrag på seminar i anledning Helge Waals 70-årsdag, i regi av Senter for Rus- og Avhengighetsforskning. Litteraturhuset, Oslo, 23.4.2010.

Hauge, Ragnar (1982) "Narkotika – landeplage eller sydebukk?", s. 49-59 i *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, vol. 69.¹³⁹

Hauge, Ragnar (2009): "Kvanmo-syndromet i narkotikapolitikken", s.32-33 i *Rus og samfunn*, vol. 3, nr. 1.

Heclo, Hugh (1974): *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. New Haven: Yale University Press.

Helsetilsynet (2005): *Rusmiddelbrukernes helseproblemer og helsetjenestetilbud i et overordnet tilsynsperspektiv*. Rapport fra Helsetilsynet 2/2005.

Hellevik, Ottar (2003): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (1990): *Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler*. Helsedirektoratets veiledningsserie 2-90. Oslo.

Hogan, John og David Doyle (2009): "A comparative framework: How broadly applicable is a 'rigorous' critical junctures framework?", s. 211-240 i *Acta Politica*, vol. 44, nr. 2.

Holter, Harriet og Ragnvald Kalleberg (red.) (1982): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hordvin, Odd (2004): "70 prosent på metadon – ingen høyere?", s. 34 i *Rus & avhengighet* nr. 2/2004

Hurme, Toivo (2002): "Skadereduktion – ett begreppslikt problem i narkotikapolitiken", s. 239-248 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidsskrift* vol. 19, nr. 4.

Høybråten, Dagfinn (2003): "Vi ønsker både kvalitet og kvantitet i legemiddelassistert rehabilitering", s. 34-35 i *Rus & avhengighet* nr. 4/2003.

Inciardi, James A. og Lana D. Harrison (red.) (2000): *Harm Reduction – national and international perspectives*. USA: Sage Publications.

Ingram, Helen, Anne L. Schneider og Peter deLeon (2007): "Social Construction and Policy Design", s. 93-128 i Sabatier, Paul (red.) (2007): *Theories of the Policy Process*. Colorado: Westview Press.

Järvinen, Margaretha (2008): "Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice", s. 975-991 i *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, nr. 7.

¹³⁹ Artikkelen ble også publisert i *Stoffmisbruk* 2/82.

Jenkins, Smith, Hank C., Gilbert K. St. Clair og Brian Woods (1991): "Explaining change in policy subsystems: Analysis of coalition stability and defection over time", s. 851-880 i *American Journal of Political Science*, vol. 35, nr. 4.

Jepsen, Jørgen (1999): "Europæisk narkotikadiskurs – tendenser, emner og forskningens rolle", i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 16, nr. 1.

Johnson, Björn (2005): *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.

Johnson, Björn (2007): "After the storm. Developments in maintenance treatment policy and practice in Sweden 1987-2006", s.259-287 i Edman, Johan og Kerstin Stenius (red.) (2007): *On the Margins. Nordic Alcohol- and Drug Treatment 1885-2007*. NAD Publikation nr. 50.

Johnson, Björn og Bo Hagstrøm (2005): "The translation perspective as an alternative to the policy diffusion paradigm: The case of the Swedish methadone maintenance treatment", s. 365-388 i *Journal of Social Policy*, vol. 34, nr. 3.

Jourdan, Michael (2009): "Casting light on harm reduction: Introducing two instruments for analyzing contradictions between harm reduction and 'non-harm reduction'", s. 514-520 i *International Journal of Drug Policy*, vol. 20.

Katznelson, Ira (1998): "The doleful dance of politics and policy: Can historical institutionalism make a difference?", s. 191-199 i *American Political Science Review*, vol. 92, nr. 1.

Keane, Helen (2009): "Foucault on methadone: Beyond biopower", s.450-452 i *International Journal of Drug Policy*, vol. 20.

Klingsheim, Ranveig (2002): *Tvetydigheter og skilelinjer – en studie av metadondebatten i Norge fra 1980-2000*. Hovedfagsoppgave i Administrasjons- og organisasjonsvitenskap. Universitetet i Bergen. Vår 2002.

Korf, Drik J. og Ernst C. Buning (2000): "Coffee shops, low-threshold methadone and needle exchange: Controlling illicit drug use in the Netherlands», s. 111-135 i Inciardi, James A. og Lana D. Harrison (red.) (2000): *Harm Reduction - national and international perspectives*. USA: Sage Publications.

Kuovonen, Petra (2000): "Kvalitativ forskning om minkning av etterfrågan på narkotika i EU-länderna och i Norge och Island", s. 275-284 i *Nordisk Alkohol og Narkotikatidskrift*, vol. 17, nr. 4.

Lagerpetz, Mikko (2000): "Grundligt om dansk narkotikapolitisk diskurs", s. 300-302 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 17, nr. 1.

Laursen Storgaard, Lau (2000): *Konstruktionen af dansk narkotikakontrolpolitik siden 1965*. Jurist- og Økonomforbundets forlag. København.

Levi, Margaret (1997): "A model, a method, and a map: Rational choice in comparative and historical analysis", s. 19-41 i Lichbach, Mark I. og Alan S. Zuckerman (1997): *Comparative politics: Rationality, culture, and structure*. Cambridge: Cambridge University Press.

Levine, Harry G. (2007): "The new dual-track drug policy paradigm – an important and original finding", s. 664-666 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 24, nr. 6

Lian, Olaug S. (2006): "Den moderne Eos-myten om medikalisering som modernitetsfenomen", s.63-87 i *Sosiologisk Tidsskrift* vol. 14.

Marshall, Catherine og Gretchen B. Rossman (1999): *Designing Qualitative Research*. 3. utgave. USA: Sage Publications.

March, James G. og Johan P. Olsen (1984): "The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life", s. 734-749 i *The American Political Science Review*, vol. 78, nr. 3.

Melberg, Hans Olav (2006): "Ruspolitikk og evidens – Nå og de neste 10 årene", s. 172-177 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol 23, nr. 2-3.

Mork, Torbjørn (1991): "Policyutvikling", s. 88-91 i NAVF (1992): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr. 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. Norges allmennvitenskaplige forskningsråd.

Mucciaroni, Gary (1990): *The Political Failure of Employment Policy, 1945-1982*. Pittsburg: University of Pittsburgh Press.

Nadelmann, Ethan (1993): "Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm", s. 35-48 i Heather, Nick, Alexander Wodak, Ethan Nadelmann og Patrick O'Hare (red.): *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr Publishers.

NAVF (1992): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr. 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. Norges allmennvitenskaplige forskningsråd.

Nesvåg, Sverre (2003): "Begrenset om kunnskapsgrunnlaget", s. 38-39 i *Rus & avhengighet* nr. 2/2003.

Neumann, Iver B. (2003): "Regjeringsbegrepet og regjeringens historiske fremvekst", s.9-43 i Neumann, Iver B. og Ole-Jacob Sending (2003): *Regjering i Norge*. Oslo: Pax forlag.

Nordlund, Sturla (1999): "Åpent brev til Rusmiddeldirektoratet angående tidsskriftet rus & avhengighet", s. 35 i *Rus & avhengighet* nr. 3/99.

Pedersen, Mads Uffe (2000): "Metadonbehandling og psykososial støtte – hvem, hvornår, hvordan og hvor meget?", s. 285-293 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 17, nr. 4.

Pedersen, Willy (1999): "Vi trenger rus & avhengighet", s. 35 i *Rus & avhengighet* nr. 3/99.

Pedersen, Willy (2010): *Narkotikapolitikken: Tid for forandring?* Foredrag på seminar i anledning Helge Waals 70-årsdag, i regi av Senter for Rus- og Avhengighetsforskning. Litteraturhuset, Oslo, 23.4.2010.

Pierson, Paul (1993): "When effect becomes cause: policy feedback and political change", s.595-628 i *World Politics* vol. 45, nr. 4.

Pierson, Paul (2000): "Increasing returns, path dependence, and the study of politics", s. 251-267 i *The American Political Science Review*, vol. 94, nr. 2.

Pierson, Paul og Theda Skocpol (2002): "Historical institutionalism in contemporary political science", s.693-721 i Katznelson, Ira og Helen V. Milner (red): *Political Science: State of the Discipline*. New York: W.W. Norton.

Pluye, Pierre, Louse Potvin og Jean-Louis Denis (2004): "Making public health programs last: conceptualizing sustainability", 121-133 i *Evaluation and Program Planning* vol. 27.

Quirion, Bastien (2002): "From rehabilitation to risk management: the goals of methadone programmes in Canada", s. 247-255 i *International Journal of Drug Policy* 14 (2003)

Ravndal, Edle (1993): "Virker behandling?", Nordnark 1993:1. Stockholm.

Ravndal, Edle (2001): "Realistiske målsetninger eller fordekt moralisme", s. 10-12 i *Rus & avhengighet* nr 1/2001.

Ravndal, Edle (2005): "Drug Treatment in 2004 – Evidence based research or qualified beliefs?", s. 47-54 i Pedersen, Mads Uffe, Vera Segraeus og Matilda Hellman (red.) (2005): *Evidence based practice? Challenges in Substance Abuse Treatment*. NAD Publikation.

Ravndal, Edle (2006): "RCT gir begrenset kunnskap", s.259-261 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 23, nr. 4.

Riley, Diane og Pat O'Hare (2000): "Harm reduction: History, definition and practice" s.1-26 i Inciardi, James A. og Lana D. Harrison (red.) (2000): *Harm reduction - national and international perspectives*. USA: Sage Publications

Reuband, Karl-Heinz (1998): "Summing up: Patterns on the European Drug Scene", i Waal, Helge (1998): *Patterns on the European Drug Scene*. Oslo: SIFA.

Rocheft, David A. og Roger W. Cobb (1994): "Problem definition: An emerging perspective", s. 1-31 i Rocheft, David A. og Roger W. Cobb (red.) (1994): *The politics of problem definition*. Kansas: University Press of Kansas.

Romelsjö, Anders (2003): "Subutex-behandling i Sverige – en första beskrivning", s. 255-259 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 20, nr. 4.

Room, Robin (2003): "Trender og spørsmål i den internasjonell narkotikakontrollen – Wien 2003", s. 240-254 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 20, nr. 4.

Sabatier, Paul A. (2007): "The need for better theories", s. 3-20 i Sabatier, Paul A. (red.) (2007): *Theories of the Policy Process*. Colorado. Westview Press.

Schmitt, Carl (1932/2007): *Begrepet om det politiske*. Norge: Vidarforlaget.

Seidel, John V. (1998): "Qualitative Data Analysis", [ftp://ftp.qualisresearch.com/pub/qda.pdf](http://ftp.qualisresearch.com/pub/qda.pdf)

Sellmann, Doug (2009): "The 10 most important things known about addiction", s. 6-13 i *Addiction* vol. 105.

Sending, Ole Jacob (2004): *How does knowledge matter? The formation, content and change of international population policy*. Report No. 86. Department of administration and organization theory, University of Bergen.

Sharp, Elaine B. (1994): "Paradoxes of national antidrug policymaking", i Rochefort, David A. og Roger W. Cobb (red.) (1994): *The politics of problem definition*. Kansas: University Press of Kansas.

Skocpol, Theda (1992): *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Skretting, Astrid (1997a): *Evaluering av Metadonprosjektet i Oslo, del 1: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak*. SIFA.

Skretting, Astrid (1997b): "Narkotikasituasjonen i Norge", s. 111-138 i Olsson, Börje, Pia Rosenqvist og Anders Stymne (red.) (1997): *Narkotikasituationen i Norden. Utvecklingen 1990- 1996*. NAD Publikation nr. 32.

Skretting, Astrid (2003): "Sprøyterom i Norge? Historien ruller videre", s. 260-271 i NAT vol. 20, nr. 4

Skretting, Astrid (2005): "Fra klient til pasient", s. 125-140 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 22, nr. 2

Skretting, Astrid (2006): "Treatment and Harm Reduction Measures", s.73-104 i Kuovonen, Petra, Astrid Skretting og Pia Rosenqvist (2006): *Drugs in the Nordic and Baltic Countries. Common Concerns, Different Realities*. NAD Publikation nr. 48.

Skretting, Astrid (2007a): "Medicalisation with a focus on injecting drug users. Changes in the Norwegian treatment system from the 1990s", s.289-313 i Edman, Johan og Kerstin Stenius (2007): *On the Margins: Nordic Alcohol and Drug Treatment 1885-2007*. NAD Publikation nr. 50

Skretting, Astrid (2007b): "Harm reduction – any limits?", s. 270-276 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 24, nr. 3.

Skretting, Astrid og Cathrine Dammen (2003): "Bruk av Subutex i Norge. Fra metadon- til legemiddelassistert rehabilitering", s. 51-56 i NAT vol. 20, nr. 1

Smith-Solbakken, Marie og Else M. Tungland (1996): "Stoffmisbruker – talent eller klient?", s. 231-246 i Pedersen, Willy og Helge Waal (red.) (1996): *Rusmidler og veivalg*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Sosialdepartementet (2002): *Handlingsplan for rusmiddelproblemer 2003-2005*.

Steinmo, Sven (2001): "The New Institutionalism" in Clark, Barry and Joe Foweraker (red): *The Encyclopedia of Democratic Thought*. London: Routledge

Steinmo, Sven og Kathleen Thelen (1992): "Historical institutionalism in comparative politics", s. 1-32 i Steinmo, Sven, Kathleen Thelen og Frank Longstreth (1992): *Structuring politics – Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stene, Reid J. (2003): "Narkotika, kontroll og bruk", i SSB Samfunnsspeilet: <http://ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200301/03/> (Sist sjekket 23.4.2010)

Stenius, Kerstin (2000) "En dansk motståndsmann – intervju med Jørgen Jepsen", s.303-307 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 17, nr. 4.

Stenius, Kerstin (2007): "The contradictory 'harm reduction'", s. 233-234 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 24, nr. 3.

Strand Gerhardsen, Tove (1987): "AIDS og behandling av stoffmisbrukere", s. 4 i *Stoffmisbruk* 4/87.

Tammi, Tuukka (2007): "Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy." Helsinki: Stakes.

Thelen, Kathleen (1999): "Historical institutionalism in comparative politics"¹⁴⁰, s. 369-404 i *Annual Review of Political Science* 2, 1999.

Valberg, Aksel (1985): "Narkotikalovbrudd: Begrunnelser for straff", s. 41-45 i *Stoffmisbruk* 4/85.

Valentine, Kylie (2009): "Evidence, values and drug treatment policy", s. 443-463 i *Critical Social Policy*, vol. 29, nr. 3.

140 Artikkelen er en originalartikkel, og ikke noen omarbeidet variant av Steinmo og Thelen (1992), selv om de har samme tittel.

- Veierød, Tove (1991): "Åpning", s. 81-84 i NAVF (1992): *Medikamenter i behandlingen av stoffavhengige. Forskrivning av vanedannende legemidler*. Rapport nr. 3. RMFs komité for medisinsk teknologivurdering. Norges allmennvitenskaplige forskningsråd.
- Vindedal, Bente, Leif-Erik Steen, Bjørn Larsen og Richard H. Knoff (2004): *Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering*. AIM.
- Waal, Helge (1986): "Aids og metadon", s.58-61 i *Stoffmisbruk* 3-4/86.
- Waal, Helge (1991): "Prosjekt i Oslo: Metadon til hiv-positive med immunsvikt", s.26-27 i *Stoffmisbruk* 2/91.
- Waal, Helge (1992): "Metadonbehandling i Norge. Forslag til modell for et forsøksprogram" Utkast nr. 2, 28. mai 1992. Vedlegg til Arbeidsgruppens innstilling, Oslo kommune 1992.
- Waal, Helge (1996): "Veivalgene og forskningen", s. 11-28 i Pedersen, Willy og Helge Waal (red.) (1996): *Rusmidler og veivalg*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Waal, Helge (1996b): "Metadon – til hvilket formål, med hvilke etiske implikasjoner?", i *Nordisk Alkoholtidsskrift*, vol. 13, nr. 5-6
- Waal, Helge (1998): "Vekkelser og veivalg – om linjeskiftene i norsk narkotikapolitikk", s. 134-151 i *Tidsskrift for Velferdsforskning*, vol. 1, nr. 3.
- Waal, Helge (2007): "Merits and problems in high-threshold methadone maintenance treatment. Evaluation of Medication-Assisted Rehabilitation in Norway 1998-2004", s. 66-73 i *European Addiction Research*, Vol. 13.
- Waal, Helge, Thomas Clausen, Atle Håseth og Pål H. Lillevold (2009): *LAR i Norge 10 år. Statusrapport 2008*. SERAF Rapport 2/2009. Senter for rus- og avhengighetsforskning.
- Waal, Helge (2010): *Kommentar til Willy Pedersens foredrag (Pedersen 2010)*. Seminar i anledning Helge Waals 70-årsdag, i regi av Senter for Rus- og Avhengighetsforskning. Litteraturhuset, Oslo, 23.4.2010.
- Welle-Strand, Gabrielle (1995): *Evalueringsrapport for prosjektet "HIV-Met"*. Oslo fylkeskommunale rusmiddelsekretariat. Oslo.
- Wodak, Alex (2002): "Methadone and Heroin Prescription: Babies and Bathwater", s. 523-531 i *Substance Use and Misuse*, vol. 37, nr. 4.
- Wodak, Alex (2007): "Ethics and drug policy", s.59-62 i *Psychiatry*, vol. 6, nr. 2.
- Yin, Robert K. (2003): *Case study research – design and methods*. London: Sage Publications.

Zahariadis, Nikolaos (2007): "The multiple streams framework: Structure, limitations, prospects", s. 65-92 i Sabatier, Paul A. (red.) (2007): *Theories of the Policy Process*. Colorado: Westview Press.

Ødegård, Einar, Anne Line Bretteville-Jensen og Astrid Skretting (2002): "Utviklingen av narkotikamisbruket i Norge på 1990-tallet", s. 106-121 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 19, nr. 2.

Østerberg, Dag (1985): *Anmeldelse av Den Gode Fiende*, s. 39 i *Stoffmisbruk* 2-3/85.

Åberg, Katarina, Annika Grønberg, Christina Persson og Arne Gerdner (2001): "Psykosociale behandlingsinslag i svenka metadonprogram – värdering ur patientperspektiv", s. 444-459 i *Nordisk Alkohol- og Narkotikatidskrift*, vol. 18, nr. 5-6.

Offentlige dokumenter

Rundskriv I-25/1998 Midlertidige retningslinjer for metadonassistert rehabilitering

Rundskriv I-35/2000 Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere

Rundskriv I-5/2003 Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere - nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse

Rundskriv I-8/2004 Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven

St.meld. nr. 66 (1975-1976) Om narkotikaproblemer

St.meld. nr. 13 (1985-1986) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken

St.meld. nr. 69 (1991-1992) Tiltak for rusmiddelmissbrukere

St.meld. nr. 16 (1996-1997) Narkotikapolitikken

Presseklipp

Dagbladet, 4.11.1991: "Ja til metadon. Professor har skiftet mening"

VG, 3.4.1986: "AIDS-frykten: Leger ber om metadon"

VG, 18.12.2009: "Dropper aldersgrense for metadon"

NTB, 26.8.1986: "Narkomane vil bli AIDS-smittet"

NTB, 6.11.1986: "Metadon mot AIDS ikke aktuell politikk"

Aftenposten Aften 27.8.1996, s. 4: "Oslo Høyre: - Utsett metadonavgjørelse"

Stoffmisbruk

Stoffmisbruk 3/80: "Vi trenger også forskning"

Stoffmisbruk 1/81: Uttalelse fra norske helsemyndigheter om metadon

Stoffmisbruk 6/81: "Informasjonsbanken: Metadon-behandling: Den nordiske holdningen" ved Nils Retterstøl

Stoffmisbruk 3/82: Om nordisk ministermøte

Stoffmisbruk 3/82: "Politiinspektør Arne Huuse: - Ditt utspill om narkotikaproblemet er meget uheldig, Ragnar Hauge!"

Stoffmisbruk 8/82: "Hva vil statsrådsutvalget?"

Stoffmisbruk 3/83, leder av Tore Hoel

Stoffmisbruk 2-3/85, leder av Martin Blindheim: "Kontrollsidene"

Stoffmisbruk 2-3/85: "God balanse i narkotikapolitikken", intervju med Mona Røkke

Stoffmisbruk 4/85a: "AIDS og stoffmisbruk", temanummer om AIDS.

Stoffmisbruk 4/85b: "Narkotika og kontrollpolitikk – Seminarrapport"

Stoffmisbruk 3-4/86: Intervju med Georg Pettersen

Stoffmisbruk 1/87, leder av Martin Blindheim: "Unødvendig lov"

Stoffmisbruk 4/87a: "Sprøytemangel sprer smitte: Hvordan lette tilgangen?"

Stoffmisbruk 4/87b: "Hva skjer med Sentralrådet?"

Stoffmisbruk 4/87c: Utdraget fra Waal sin mindretallsinnstilling om metadon

Stoffmisbruk 4/87d: "Metadonbehandling – et papirspørsmål?"

Stoffmisbruk 4/89: "Ja til metadon – eller nei?"

Stoffmisbruk 1/90a: "Sprøytebussen er på plass"

Stoffmisbruk 1/90b: "Metadon: Et hiv-forebyggende-tiltak?"

Stoffmisbruk 2/91a: "Heller metadon enn død"

Stoffmisbruk 2/91b: "To syn", intervju med Ketil Bentzen og Helge Waal

Stoffmisbruk 2/91c: "Sverige: Metadonet tar over mot opiatavhengighet"

Stoffmisbruk 2/91d: "Fra metadon til et liv uten stoff"

Stoffmisbruk 3/91: "Metadonprosjekt i Oslo kommune"

Stoffmisbruk 1-2/92: "-Behandlingsforskning er en etisk forpliktelse"

Stoffmisbruk 1-2/92b: "Forebygging – med vitende og vilje?"

Stoffmisbruk 1-2/92c: "Politimannen og forskeren i hver sin verden?"

Stoffmisbruk 4/92, leder av Martin Blindheim: "Korsveier, metadon og de siste dagers hellige"

Stoffmisbruk 3/92: "Massemedia – Myteskaper eller informatør?"

Stoffmisbruk 5/92a: "Metadon i Norge"

Stoffmisbruk 5/92b: "Nytt metadonprosjekt i Oslo"

Stoffmisbruk 2/94: "Vincent P. Dole: - Etter 30 år er metadonbehandlingen i ferd med å bli voksen", intervju med Vincent P. Dole

Stoffmisbruk 3/97: "Demonstrasjon for metadon"

Rus og avhengighet:

Rus & avhengighet 1/99: "Hva er problemet?"

Rus & avhengighet 4/99: "Da Subutex kom til Norge"

Rus & avhengighet 2/00: "Metadon og sosialhjelp er ikke nok"

Rus & avhengighet 3/00: "Ønsker mykere retningslinjer for MAR"

Rus & avhengighet 2/01: "-Latterlig lite til forskning"

Rus & avhengighet 3/01: "Nå dør også de yngste"

Rus & avhengighet 3/02: "Ja takk, begge deler"

Rus & avhengighet 4/02a: "Gullstandarden i Skandinavia"

Rus & avhengighet 4/02b: "Oslo først med medikamentell avrusning"

Rus & avhengighet 4/04: "LAR: Fortsatt et særsystem"

Rus & avhengighet 6/04: "LAR-behovet dekket i 2010"

